

CH DENAIN



Contrat DE SÉJOUR

Le présent document est à remettre daté et signé dans le mois suivant l'admission de la personne accompagnée auprès du secrétariat de la Résidence. Un délai de rétractation de 15 jours s'ouvre après signature. La rétractation doit se faire par écrit.



PREAMBULE

Les résidences ARC EN CIEL et BARBUSSE sont des structures publiques qui dépendent du Centre Hospitalier de Denain.

Elles sont intégrées au pôle gériatrique, composé de l'Unité de Soins de Longue Durée, du service de Soins Médicaux et de Réadaptation, du Court Séjour Gériatrique, des diverses équipes mobiles, du secteur de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique.

En leur qualité d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, les résidences ont signé une convention tripartite avec les représentants de l'ARS (Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France), du Conseil Départemental du NORD et du Centre Hospitalier de DENAIN.

Les deux structures sont situées au centre de Denain et proche du Centre Hospitalier.

- L'EHPAD ARC EN CIEL se situe rue Roger Salengro

- L'EHPAD BARBUSSE se situe rue Henri Barbusse.

Elles disposent chacune de 60 lits, dont une Unité de Vie Alzheimer de 10 lits à la résidence Barbusse, permettant l'accueil et des soins adaptés aux personnes accompagnées présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, et ce dans un environnement sécurisé.

Son habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale permet à chaque résidence 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 tarifs journaliers et dépendance.

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

SOMMAIRE

I. CONTRACTANTS	5
II. DÉFINITION AVEC LA PERSONNE HÉBERGÉE ET SON REPRÉSENTANT LÉgal LE CAS ECHEANT DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN SOINS	6
III. CONDITIONS D'ADMISSION	6
IV. DURÉE DU SÉJOUR	7
V. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT	8
5.1 Prestations d'administration générale	8
5.2 Prestations d'accueil hôtelier	8
5.3 Prestation de restauration	11
5.4 Prestation de blanchissage	12
5.5 Prestation d'animation de la vie sociale	12
5.6 Autres prestations	12
5.7 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne	13
5.8 Soins et surveillance médicale et paramédicale	13
5.9 La personne de confiance – Informations	14
VI. VISITES, ALLEES ET VENUES DES PERSONNES HEBERGEES ET ACCUEIL DES ANIMAUX DE COMPAGNIE	17
6.1 Visites	17
6.2 Allées et venues	18
6.3 Accueil d'un animal de compagnie	18
VII. COÛT DU SÉJOUR	18
VIII. CONDITIONS DE FACTURATION	20
IX. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION	21
X. DELAI DE RETRACTATION, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT ET GESTION DES LITIGES CONTRACTUELS	22
10.1 Délai de rétractation	22
10.2 Révision	22
10.3 Résiliation à l'initiative de la personne hébergée	22
10.4 Résiliation à l'initiative de l'établissement	23
10.5 Gestion des litiges contractuels	24
XI. REGIME DE SURETE DES BIENS ET SORT DES BIENS MOBILIERS EN CAS DE DEPART OU DE DECES	25
11.1 Régime de sûreté des biens	25
11.2 Biens mobiliers non repris après un départ ou non réclamés par les ayant-droits après un décès	25
11.3 Certification de la délivrance d'informations sur le régime des biens	26
XII. ASSURANCES	26
XIII.DROIT A L'IMAGE	27
XIV. L'UNITE DE VIE ALZHEIMER : DISPOSITIF SPECIFIQUE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU DE MALADIES APPARENTEES AU SEIN DE L'EHPAD BARBUSSE	27
XV. REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT	28
XVI. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR	29

1. Liberté d'aller et venir
2. Droit à l'image
3. Accès aux informations de santé et transmission des informations médicales
4. Télémédecine
5. Directives anticipées de la personne accompagnée – Modèle A
6. Directives anticipées de la personne accompagnée – Modèle B
7. Directives anticipées de la personne accompagnée – Modèle C
8. Directives anticipées de la personne accompagnée – Modèle Facile à lire et à comprendre
9. Personne de confiance – Désignation
10. Personne de confiance – Révocation
11. Personne de confiance – Cas particulier
12. Personne de confiance – Révocation cas particulier
13. La Personne Qualifiée
14. Formulaire de location de matériel médical
15. Choix de la personne accompagnée (ou de son représentant)
16. Etat des lieux contradictoires
17. Formulaire de consentement de la personne accompagnée en cas de contrôle de son espace privé

I. CONTRACTANT



*Vu la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie,
Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
Vu le code de la famille et de l'aide sociale,*

Le présent contrat définit les objectifs et la nature de la prise en soins de la personne hébergée à la résidence :

- « Henri Barbusse » située à Denain
- « Arc-en-Ciel » située à Denain.

Il est conclu entre :

d'une part,

L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, représenté par son directeur,
Madame Lyda-Truffier

- Résidence « Henri Barbusse » située 42, rue Henri Barbusse 59220 à Denain
- Résidence « Arc-en-Ciel » située 2, rue Roger Salengro 59220 Denain

et d'autre part,

- Monsieur Madame

Nom-Prénom :

Né(e) le / /..... à

admis(e) à occuper une chambre au sein de la résidence :

- « Henri Barbusse »
- « Arc-en-Ciel »

Dénommé(e) ci-après « la personne hébergée », le cas échéant représenté(e) par :

- Monsieur Madame

Nom-Prénom :

Né(e) le / /..... à

Adresse :

.....

Lien de parenté :

Dénommé(e) ci-après « le représentant légal », agissant en vertu d'une décision de protection juridique (Joindre copie du jugement) ou en qualité de mandataire judiciaire désigné par la personne hébergée.

Il est convenu ce qui suit : **Le présent contrat fixe les conditions d'entrée, de vie et de sortie au sein de l'établissement.**

II. DÉFINITION AVEC LA PERSONNE HÉBERGÉE ET SON REPRÉSENTANT LÉgal LE CAS ECHEANT DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN SOINS



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

Dans les 6 mois suivant la signature du présent contrat, les objectifs et les prestations adaptées à la personne hébergée sont établis. La signature de ce document fait office d'avenant au présent contrat. Les objectifs et prestations sont revus au minimum tous les ans et validés.

La famille a la possibilité de s'informer des objectifs et prestations adaptées à la personne hébergée.

Un avenant est également conclu pour préciser les mesures éventuelles destinées à limiter la liberté d'aller et venir.

III. CONDITIONS D'ADMISSION

Les Résidences « Henri Barbusse » et « Arc-en-Ciel » accueillent chacune des personnes seules et/ou des couples, âgés de plus de 60 ans ou de moins de 60 ans sur dérogation.

Les établissements sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.

Les caractéristiques des chambres mises à disposition des personnes hébergées permettent l'obtention d'une Allocation Logement à Caractère Social sous conditions de revenus, versée par la Caisse d'Allocations Familiales dont dépend la personne hébergée.



Si la personne accompagnée est bénéficiaire de l'aide sociale, la prestation allocation logement définie par la Caisse d'Allocations Familiales est versée en totalité directement à la Trésorerie du Centre Hospitalier de VALENCIENNES pour être reversée au Conseil Départemental.

Si la personne accompagnée est dit « payant » la prestation est versée directement par la Caisse d'Allocations Familiales sur son compte bancaire personnel.

L'état de santé et le comportement des personnes candidates à l'admission doivent être compatibles avec la vie en collectivité.

La demande d'admission peut être réalisée via l'outil Trajectoire « Admission EHPAD », ou en téléchargeant la demande d'admission sur le site internet du Centre Hospitalier de Denain.

L'admission est prononcée par le Directeur après examen d'un dossier unique d'admission (Cerfa 14732*03) et après avis du médecin coordonnateur suite à la visite de préadmission :

Il se compose :

- **D'un dossier administratif**
- **D'un dossier médical**, établi par le médecin traitant, donnant des indications sur l'état de santé et de dépendance de la personne, évalué notamment grâce à la grille AGGIR.

Ce dossier unique doit être complet pour que la visite de préadmission puisse être programmée.

Les modalités et les conditions de fonctionnement des résidences sont définies dans le règlement de fonctionnement joint au présent contrat et remis à la personne accompagnée ou à son représentant légal. Les conditions d'admission intègrent également le respect de ce règlement de fonctionnement.

IV. DURÉE DU SÉJOUR



Article L311-4 CASF Modifié par la LOI n°2024-317 du 8 avril 2024 :

Lors de la conclusion du présent contrat, dans un entretien auquel participe la personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du présent code, sauf si la personne accueillie s'y oppose, le directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui recherche, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur de l'établissement, le consentement de la personne à être accueillie.

Au cours de cet entretien, le Directeur d'établissement informe la personne accueillie de ses droits et s'assure de leur compréhension par ce dernier. Le consentement de la personne accompagnée, à l'entrée dans l'établissement, est recherché. Le compte-rendu de cet entretien d'admission est consigné dans le dossier de la personne.

Le présent contrat est conclu pour :

- une durée indéterminée à compter du :

La date d'entrée de la personne hébergée est fixée par les deux parties. **Il y aura une période d'essai d'un mois durant laquelle le contrat pourra être résilié à tout moment et sans préavis des parties.**

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

V. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT

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

Les prestations ci-dessous énumérées, incluant la liste des prestations conformes au socle minimal de prestations défini à l'article L.314-2 du code de l'action sociale et des familles ainsi que celle des prestations délivrées ou proposées à l'ensemble des personnes accueillies et ne relevant pas du socle ou de la liste des prestations minimales, ainsi que les prestations facultatives auxquelles la personne souscrit, 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. Le prix des prestations peut augmenter chaque année, selon les conditions fixées par la réglementation, la personne accueillie en est informée.

5.1 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 et n'entraînent pas de surcoût.

Sont également inclus :

- Tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ; (les transports ne sont pas pris en charge, notamment pour la visite de préadmission, et restent donc à la charge de la personne accueillie ou de son représentant),
- La réalisation de l'Etat des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement en présence de la personne accompagnée ou de son représentant (*cf. Annexe XV*),
- Tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs, permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement.

5.2 Prestations d'accueil hôtelier

5.2.1 L'EHPAD « Henri Barbusse »

Il est mis à disposition de la personne hébergée une chambre individuelle ou une chambre double pour les couples (en priorité), des locaux collectifs ainsi que tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de la résidence.

Logement :

L'établissement dispose de :

- 54 chambres individuelles
- 3 chambres doubles

La personne hébergée aura pour son usage, la jouissance du logement n° à la date d'effet du présent contrat, soit le.....

La chambre est entièrement meublée et équipée de :

- un lit médicalisé,
- un cabinet de toilettes,
- des sanitaires,
- une armoire avec penderie,
- une table de chevet,
- une chaise,
- des prises électriques,
- un téléphone sur demande,
- un téléviseur écran plat,
- une table
- une sonnette d'alarme en fonction des capacités d'utilisation de la personne hébergée,
- un fauteuil de repos,
- un adaptable

Le cabinet de toilette comprend :

- un lavabo,
- une douche italienne,
- un W.C.,
- un porte manteau,
- une tablette de rangement,
- un miroir,
- une sonnette d'alarme.

La personne hébergée peut personnaliser sa chambre dans la limite de la taille de celle-ci. Des éléments de décoration peuvent être apportés à l'exception des meubles (pour ces derniers, l'accord préalable de l'encadrement doit être demandé en lien avec la sécurité incendie et la prévention des risques).

Télévision, téléphone et internet :

La chambre est dotée des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone.

Chaque chambre est équipée d'un téléviseur écran plat.

Chaque chambre peut être équipée d'un téléphone qui peut recevoir gratuitement les appels.

L'ouverture, l'abonnement et les communications téléphoniques vers l'extérieur sont à la charge de la personne hébergée.

L'établissement permet l'accès de la personne hébergée à internet par un système de réseau Wifi gratuit, dans tout l'établissement incluant la chambre. La demande d'accès au réseau doit s'effectuer auprès du service.

Eau, gaz, électricité :

Les charges afférentes aux consommations d'eau, de gaz (chauffage), d'électricité sont comprises dans les frais d'hébergement dus par la personne hébergée.

Entretien du logement et des locaux :

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.

Les petites réparations des équipements mis à disposition sont assurées par l'établissement.

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

La personne hébergée ne peut apporter de modifications aux équipements, mobiliers, matériels existants.

La personne hébergée s'engage à respecter les locaux mis à sa disposition. Toute dégradation volontaire sera à la charge de la personne accompagnée.

En référence à la Loi Bien vieillir, en cas de contrôle, organisé par les autorités de tutelle, de l'espace de vie privatif d'une personne hébergée, un recueil écrit du consentement de la personne sera établi (*cf Annexe XVI*).

5.2.2 L'EHPAD « Arc en ciel »

Il est mis à disposition de la personne hébergée une chambre individuelle, des locaux collectifs ainsi que tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de la résidence.

Logement :

L'établissement dispose de 60 chambres.

La personne hébergée aura pour son usage, la jouissance du logement n° à la date d'effet du présent contrat, soit le.....

La chambre est entièrement meublée et équipée de :

- un lit,
- un cabinet de toilette,
- des sanitaires,
- une armoire avec penderie,
- une table de chevet, une chaise,
- des prises électriques,
- un téléviseur écran plat,
- un bureau-commode (dans les chambres des ailes Fleurs-Forêt)
- une sonnette d'alarme en fonction des capacités d'utilisation de la personne hébergée,
- un fauteuil de repos,
- un adaptable en fonction des besoins de la personne accueillie.

Le cabinet de toilette comprend :

- un lavabo,
- une douche italienne,
- un W.C.,
- un porte manteau,
- une tablette de rangement,
- un miroir,
- une sonnette d'alarme.

La personne hébergée peut personnaliser sa chambre dans la limite de la taille de celle-ci. Des éléments de décoration peuvent être apportés à l'exception des meubles (pour ces derniers, l'accord préalable de l'encadrement doit être demandé en lien avec la sécurité incendie et la prévention des risques).

Télévision, téléphone et internet :

La chambre est dotée des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone. Chaque chambre est équipée d'un téléviseur écran plat.

L'ouverture, l'abonnement et les communications téléphoniques vers l'extérieur sont à la charge de la personne hébergée.

L'établissement permet l'accès de la personne hébergée à internet par un système de réseau Wifi gratuit, dans tout l'établissement incluant la chambre. La demande d'accès au réseau doit s'effectuer auprès du service.

Eau, gaz, électricité :

Les charges afférentes aux consommations d'eau, de gaz (chauffage), d'électricité sont comprises dans les frais d'hébergement dus par la personne hébergée.

Entretien du logement et des locaux :

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.

Les petites réparations des équipements mis à disposition sont assurées par l'établissement.

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

La personne hébergée ne peut apporter de modifications aux équipements, mobiliers, matériels existants.

La personne hébergée s'engage à respecter les locaux mis à sa disposition. Toute dégradation volontaire sera à la charge de la personne accompagnée.

En référence à la Loi Bien vieillir, en cas de contrôle, organisé par les autorités de tutelle, de l'espace de vie privatif d'une personne hébergée, un recueil écrit du consentement de la personne sera établi.

5.3 Prestation de restauration

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

Les repas (déjeuner, dîner) sont pris dans les salles à manger sauf si l'état de santé de la personne hébergée justifie qu'ils soient pris en chambre.

Les régimes alimentaires prescrits par le médecin et sur ordonnance sont pris en compte.

Parents et amis peuvent partager le repas (sur réservation et en fonction des places disponibles), moyennant un prix fixé annuellement par le Directoire de l'établissement.

Ces repas accompagnants doivent être prévus au moins 72 heures à l'avance (réservation au secrétariat du Pôle Gériatrique). Ils doivent être réglés au moment de la réservation.

5.4 Prestation de blanchissage

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

L'entretien du linge personnel de la personne hébergée, fourni en se référant au trousseau de base, est pris en charge par le Centre Hospitalier de Denain, sans surcoût. L'entretien du linge délicat (mohair, cachemire...) reste à la charge de la personne hébergée et/ou de ses proches.

L'identification du linge personnel (étiquettes avec nom et prénom de la personne accompagnée) est assurée par l'établissement sans surcoût.

Un inventaire est réalisé régulièrement par les référents professionnels et/ou la lingère qui peuvent être amenés à demander un renouvellement ou un complément, en fonction des besoins et de l'évolution de l'état de santé de la personne accompagnée. Le linge fourni doit être adapté aux différentes saisons.

5.5 Prestation d'animation de la vie sociale

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

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

L'animation de l'établissement est confiée à un personnel qualifié.

Le planning hebdomadaire des animations est affiché au niveau des ascenseurs, du rez-de-chaussée et des étages.

Des bénévoles, signataires d'une charte, interviennent régulièrement au sein des résidences dans le cadre d'activités spécifiques.

5.6 Autres prestations

Coiffure:

Une coiffeuse est à la disposition de la personne hébergée selon son souhait.

Cette prestation gratuite : shampoing-coupe-brushing est offerte une fois par trimestre. Néanmoins, il est donné la possibilité aux personnes de réserver le salon de coiffure pour une prestation extérieure quant aux soins de colorations et permanentes qui sont à la charge de la personne hébergée ou de la famille.

Courrier :

Le courrier est distribué aux personnes accompagnées ou à leurs personnes de confiance.

Pédicure :

Les patients peuvent bénéficier de soins de pédicurie et en assurent directement le coût (sauf pour les patients avec antécédents diabétiques sur prescription médicale).

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

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

Les aides qui peuvent être apportées à la personne hébergée concernent la toilette, (les produits d'hygiène sont à fournir par la famille et à renouveler à chaque fois que nécessaire (cf trousseau)), les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage...), l'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement, la prise de médicaments et toutes mesures favorisant le maintien voire le développement de l'autonomie.

Les 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. C'est l'infirmier de la structure qui organise le rendez-vous médical de la personne.

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.

5.8 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.

Il existe un dispositif d'astreinte infirmière de nuit mutualisée sur plusieurs EHPAD du territoire.

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 prestataires de santé externes qui interviennent auprès des personnes hébergées par l'établissement : professionnels de santé libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique, services d'hospitalisation à domicile, etc...
- de l'organisation de la permanence des soins, en particulier la nuit et le weekend,
- des admissions : il donne son avis sur la possibilité d'admettre une nouvelle personne accompagnée, 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 personnes hébergées au sein de l'établissement où il exerce ses fonctions de coordonnateur. Les médecins traitants des personnes hébergées 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.

En cas de nécessité, l'EHPAD peut avoir recours à des consultations de télé-médecine.

Sur prescription médicale, les prestations suivantes sont assurées sur place : kinésithérapie libérale, séances de psychomotricité, soins dentaires simples, diététicienne, équipes mobiles, assistante sociale.

Si la personne accompagnée a désigné une personne de confiance, le formulaire de désignation de la personne de confiance est renseigné à l'entrée par la personne accompagnée et co-signé par la personne de confiance. La personne de confiance peut assister aux entretiens médicaux afin d'aider la personne hébergée dans ses décisions. La désignation de la personne de confiance est valable sans limitation de durée.

La personne accompagnée, et/ou son représentant, a la possibilité de formuler des directives anticipées (annexes V à VIII).

Les informations relatives au suivi de la prise en soin de la personne hébergée sont transmises dans le dossier informatisé de la personne.

5.9 La personne de confiance (Cf Annexes IX à XII)

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social (1) de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

5.9.1 Quel est son rôle ?

La personne de confiance a plusieurs missions :

• Accompagnement et présence :

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueilli(e) dans l'établissement d'hébergement (en présence du Directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui et, chaque fois que nécessaire, du médecin coordonnateur si la structure d'accueil est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).
- Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.
- Vous accompagnez dans vos démarches liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
- Assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.

• Aide pour la compréhension de vos droits :

Votre personne de confiance sera consultée par l'établissement ou le service qui vous prend en charge au cas où vous rencontreriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits.

Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions.

Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance et selon le code de l'action sociale et des familles (dans le cadre de votre prise en charge sociale ou médico-sociale), si vous souhaitez que cette personne exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique (concernant les usagers du système de santé, par exemple, en cas

d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie ...), vous devrez l'indiquer expressément dans le formulaire de désignation.

La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.

5.9.2 Qui peut la désigner ?

Cette faculté est ouverte à toute personne majeure prise en charge par une structure sociale ou médico-sociale.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle) pour les actes relatifs à la personne, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.

5.9.3 Qui peut être la personne de confiance ?

Vous pouvez désigner comme personne de confiance toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant.

Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer sa portée.

La personne que vous souhaitez nommer doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation. Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

5.9.4 Quand la désigner ?

Vous pouvez la désigner lorsque vous le souhaitez.

Lors du début d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, qu'elle soit effectuée par un service ou dans un établissement d'hébergement, il vous sera proposé, si vous n'avez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance.

Il est possible que vous ayez déjà désigné une personne de confiance pour votre santé, notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médico-sociale. Cette personne n'est pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance pour votre prise en charge sociale ou médico-sociale. Il vous sera donc nécessaire, si vous souhaitez que cette même personne soit également votre personne de confiance dans le cadre de votre prise en charge sociale et médico-sociale, de procéder à une nouvelle désignation.

La désignation de la personne de confiance du secteur social et médico-social est valable sans limitation de durée, sauf si vous l'avez nommé pour une autre durée plus limitée.

Si vous êtes demandeur d'asile, la notice d'information et le formulaire de désignation d'une personne de confiance vous ont été remis par l'Office français de l'immigration et de l'intégration lors de votre passage au guichet unique en même temps que la proposition d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile ou, si cette proposition d'hébergement intervient postérieurement à votre passage au guichet

unique, en même temps que la proposition d'une offre d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile.

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, il convient dès votre arrivée de remettre le formulaire de désignation au responsable de l'EHPAD afin qu'il puisse engager sans délais la prise de contact avec la personne que vous aurez désignée.

5.9.5 Comment la désigner ?

La désignation se fait par écrit. Il est préférable d'utiliser le formulaire proposé par le service, mais vous pouvez aussi le faire sur papier libre, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance.

La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire ou, le cas échéant, le document.

Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment. Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation (un formulaire vous sera remis sur demande).

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen d'un formulaire spécifique (sur demande), que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

5.9.6 Comment faire connaître ce document et le conserver ?

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe pluridisciplinaire que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et de leur confier une copie du formulaire de désignation.

Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés.

Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.

5.9.7 Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique :

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

- Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement. La personne de confiance peut, si vous le souhaitez :
 - vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé
 - assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas
 - prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer d'information sans votre accord.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. VISITES, ALLEES ET VENUES DES PERSONNES HEBERGEES ET ACCUEIL DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

6.1 Visites



Les visites aux personnes hébergées sont autorisées, soit dans les locaux communs, soit dans la chambre de la personne. La personne hébergée est chez elle et peut recevoir comme bon lui semble, sous réserve que sa famille ou ses visiteurs ne perturbent pas le bon fonctionnement de la résidence.

Le Directeur de l'établissement peut s'opposer à une visite si elle constitue une menace pour l'ordre public au sein (ou aux alentours) de l'établissement ou si le médecin prenant en charge la personne estime que la visite en question constitue un risque pour la santé de la personne accueillie, des autres personnes ou des personnels. Cette décision sera motivée et notifiée sans délai à la personne hébergée et au visiteur concerné. (Art 11 de la Loi Bien vieillir 2024).

Les personnes hébergées peuvent demander au Directeur (ou à son représentant) de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

6.2 Allées et venues

La personne hébergée est libre d'aller et venir hors de l'établissement, dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité, ainsi que dans le respect des exigences de la vie en collectivité.

Afin d'éviter des inquiétudes, il convient néanmoins d'informer le personnel avant toute absence.

Le déplacement de la personne hébergée peut nécessiter un transport, en véhicule sanitaire ou non sanitaire. La personne hébergée dispose d'une totale liberté quant au choix du véhicule de transport : les frais occasionnés sont à sa charge dans tous les cas.

6.3 Accueil d'un animal de compagnie

L'article 26 de la loi Bien vieillir instaure la possibilité d'accueillir un animal de compagnie au sein de la résidence. Cependant, nous attendons l'arrêté qui définira plus précisément les modalités de cette nouvelle démarche ; un avenant au contrat de séjour sera réalisé.

VII. 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. 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. Elles sont également portées 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 1er janvier de l'année en cours par le Président du Conseil Départemental.

Dépôt de garantie (chèque de caution) pour la personne hébergée :

La personne hébergée doit acquitter, à l'entrée, le dépôt de garantie correspondant à 31 jours de frais d'hébergement et du ticket modérateur, (CF annexe Tarifs).

Le dépôt de garantie sera déduit lors de l'envoi du dernier titre de recette à payer. Cette disposition n'est pas applicable pour les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.

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.

Le tarif d'hébergement est fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental, sur proposition de l'établissement.

Les tarifs journaliers d'hébergement pour l'année en cours sont présents dans le document indicatif de tarification EHPAD « Henri Barbusse » et EHPAD « Arc-en-Ciel ».

Conformément au paragraphe VIII de l'article D311 du Code de l'action sociale et des familles, le document spécifique aux tarifs a un caractère indicatif et non contractuel. A réception de l'arrêté de M. le Président du Conseil Départemental du Nord, les frais d'hébergement sont révisés au moins chaque année et communiqués à chaque changement aux personnes hébergées.

Si les ressources sont insuffisantes, le résident a la possibilité de faire appel à l'Aide Sociale, auprès de la Mairie de la commune de son lieu de résidence initial (Centre Communal d'Action Sociale).

Dans ce cas, la perception des revenus sera assurée par le Trésorier du Centre Hospitalier de Denain avec l'accord de la personne et au vu d'un certificat de dépôt d'un dossier d'aide sociale délivré par la Mairie.

Frais liés à la perte d'autonomie :

Un tarif appelé ticket modérateur fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental, sur proposition de l'établissement représente le montant journalier de la dépendance des personnes classés GIR 5 et 6.

Le tarif de dépendance GIR 5 et 6 (ticket modérateur) est indiqué dans l'Annexe indicative de tarification.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) fait l'objet d'un versement en dotation globale annuelle par le département à l'établissement.

Il est communiqué aux personnes accompagnées après information du Conseil de Vie Sociale à chaque changement et au minimum de façon annuelle.

Frais liés aux soins :

L'établissement a opté pour un forfait global de soins dans le cadre de ses relations avec l'Assurance Maladie. Cela implique qu'il prenne en charge la quasi- totalité des dépenses de soins.

Ainsi, l'établissement couvre la prise en charge de :

- la rémunération des médecins traitants (sur la base du tarif conventionnel de secteur 1),
- les produits et fluides pharmaceutiques,
- les soins infirmiers,
- les interventions des autres auxiliaires médicaux (kinésithérapeute, professeur APA, ergothérapeute, psychomotricien, équipes mobiles,...),
- les prescriptions médicales de pédicurie suite à antécédents de diabète
- les examens de radiologie conventionnelle,
- les investigations biologiques courantes
- la fourniture du petit matériel médical et des produits usuels (protections,...)

Le matériel médical étant fourni par l'établissement, la personne hébergée ou son représentant légal le cas échéant, s'engage 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, chaise percée, lève personne, oxygénothérapie...).

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

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

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

L'établissement disposant d'une pharmacie à usage intérieur, les médicaments et les dispositifs médicaux ne sont pas à la charge de la personne hébergée. Par conséquent, la personne hébergée ne doit pas se procurer de médicaments ou de dispositifs médicaux, auprès des pharmacies de ville et la carte vitale ne doit donc pas être utilisée en vue d'un remboursement.

VIII. CONDITIONS DE FACTURATION



Le règlement des frais de séjour s'effectue mensuellement à terme échu, dans le délai de 15 jours après réception de l'avis des sommes à payer, auprès du comptable de l'établissement. La personne accompagnée conserve la libre administration de ses biens.

Personne Accompagnée bénéficiaire de l'aide sociale à l'hébergement :

La prise en charge des frais d'hébergement est décidée par le Conseil Départemental.

Dès que l'admission à **l'aide sociale à l'hébergement** est notifiée par le Président du Conseil Départemental, la personne hébergée est tenue de reverser, au comptable de l'établissement, l'intégralité de ses revenus (à l'exception de la pension d'Ancien Combattant et des pensions liées aux distinctions honorifiques).

La personne accompagnée perçoit alors mensuellement au titre de l'argent de poche, 10 % de ses ressources, sans que la somme minimale ne soit inférieure au 1/100ème du montant annuel des prestations minimales de vieillesse, arrondi à l'euro le plus proche depuis le 1er janvier 2002 (décret n° 59-143 du 7 Janvier 1959).

Dans l'attente de la décision du Conseil Départemental, la personne accompagnée s'engage à reverser une provision de 90% de ses ressources. Un engagement de payer lui sera demandé à cet effet.

En cas de rejet du dossier par le Conseil Départemental, la personne accompagnée se voit appliquer les termes du contrat de séjour des personnes et se doit donc d'acquitter, lui ou ses co-obligés alimentaires, mensuellement les sommes dues à l'établissement au titre de l'hébergement.

IX. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION



Le coût du séjour reste dû en cas d'absence. Des règles différentes s'appliquent en cas d'absence pour convenances personnelles ou d'absence pour hospitalisation. Ces coûts s'appliquent pour les bénéficiaires et les non bénéficiaires de l'aide sociale.

Facturation de l'hébergement :

***EN CAS D'ABSENCE POUR CONVENANCE PERSONNELLE**

La personne hébergée doit informer de ses dates d'absence, 8 jours à l'avance, et si possible par écrit, le bureau d'accueil ou l'infirmière. La personne hébergée peut bénéficier de 5 semaines de vacances par an qui peuvent être prises de manière fractionnées. La chambre reste alors inoccupée et réservée jusqu'au retour de la personne accompagnée.

Pendant l'absence de la personne hébergée, selon le règlement d'Aide Sociale du Nord de la France, les frais d'hébergement sont dus:

- à taux plein les 3 premiers jours,
- à compter du 4^{ème} jour, le tarif hébergement est minoré d'un montant égal au forfait journalier jusqu'au 35^{ème} jour.

***EN CAS D'ABSENCE POUR HOSPITALISATION**

La chambre de la personne hospitalisée est réservée jusqu'à son retour, sauf demande expresse et écrite de celui-ci ou de son représentant légal.

Durant l'hospitalisation, la personne hébergée paie un forfait de réservation selon le barème qui suit :

- application du tarif hébergement à taux plein les 3 premiers jours,
- à compter du 4^{ème} jour, le tarif hébergement est minoré d'un montant égal au forfait journalier.

Facturation liée à la dépendance :

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

En cas d'absence pour convenance personnelle, le ticket modérateur dépendance n'est pas facturé à condition que la personne hébergée ait préalablement informée l'établissement de son absence. L'établissement doit avoir été prévenu 8 jours avant le départ effectif.

Facturation en cas de résiliation du contrat :

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

En cas de décès, la chambre doit être libérée dans les 7 jours. A défaut, une facturation sera établie aux héritiers sur la base d'une somme forfaitaire journalière équivalente au tarif de réservation.

La facturation est donc maintenue jusqu'à ce que les objets personnels aient été retirés. En application de l'article R 314-149-III du code de l'action sociale et des familles, l'établissement ne pourra alors facturer que pour une durée maximale de 6 jours suivant le décès de la personne.

Dès lors que ses objets personnels ont été retirés des lieux qu'il occupait, seules les prestations d'hébergement délivrées antérieurement au décès et non acquittées peuvent être facturées, conformément à l'article L314-10-1 du CASF.

Le dépôt de garantie est restitué à la personne hébergée ou à son représentant légal déduction faite de l'éventuelle créance existante.

X. DELAI DE RETRACTATION, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT ET GESTION DES LITIGES CONTRACTUELS

10.1 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 effective.

Si des arrhes ont été versés préalablement à l'entrée dans l'établissement, le montant des arrhes est déduit du montant facturé au titre de la durée de séjour effectif dans l'établissement (article R.314-149 alinéa II CASF).

10.2 Révision

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

Un avenant relatif à la définition des objectifs et des prestations d'accompagnement individualisé sera également réalisé lors des modifications du projet d'accompagnement personnalisé.

10.3 Résiliation 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.

La résiliation doit être notifiée à la Direction de l'établissement par lettre recommandée avec accusé de réception et moyennant un préavis d'un mois de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'établissement. En cas de force majeure, ce délai peut toutefois être ramené à 15 jours.

10.4 Résiliation à l'initiative de l'établissement

10.4.1 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 Directeur se soit assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée.

Le Directeur 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.

La personne accompagnée et son représentant légal, s'il en existe un, sont avertis par le Directeur de l'établissement, dans les plus brefs délais, des mesures prises et de leurs conséquences.

10.4.2 Modalités particulières de résiliation

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

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

En cas d'urgence, la Direction prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant et le cas échéant, du médecin coordonnateur de l'établissement. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé de la personne accompagnée ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, la personne 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.

- ***En cas d'incompatibilité avec la vie en collectivité, non-respect du règlement de fonctionnement ou du présent contrat***

Les faits doivent être établis et portés à la connaissance de la personne hébergée et/ou de sa famille, et/ou s'il en existe un, de son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si le comportement ne se modifie pas après la notification des faits constatés, une décision définitive sera prise par le Directeur de l'établissement, après avoir entendu la personne hébergée et/ou, le cas échéant, son représentant légal dans un délai de 8 jours.

La décision définitive est notifiée à la personne hébergée et, le cas échéant, à son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception.

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

- **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 30 jours après la date d'échéance fera l'objet d'un entretien personnalisé entre le Directeur (ou son représentant) 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 à la personne hébergée et/ou à son représentant légal.

La régularisation doit intervenir dans un délai de 15 jours à partir de la notification du retard.

En cas de non-paiement dans le délai imparti pour la régularisation, le Comptable du Trésor exercera son droit de recouvrement avec poursuites.

Article L6145-11 du CASF (version en vigueur depuis le 22 juin 2000), les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, 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.

- **Résiliation pour décès**

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.

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. L'établissement s'engage à tout mettre en œuvre pour respecter les volontés exprimées par la personne accueillie. Il lui est, à cet égard, conseillé d'établir, avant son entrée dans l'établissement ou pendant son séjour, un contrat d'obsèques auprès d'un organisme habilité.

Les frais d'inhumation sont à la charge du représentant légal de la personne hébergée ou de sa famille.

La chambre doit être libérée dans les 7 jours suivant le décès de la personne.

10.5 Gestion des litiges contractuels

En cas de litige entre le professionnel et le consommateur, ceux-ci s'efforceront de trouver une solution amiable.

A défaut d'accord amiable, le consommateur a la possibilité de saisir gratuitement le médiateur de la consommation dont relève le professionnel, à savoir l'Association des Médiateurs Européens (AME CONSO), dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite adressée au professionnel.

La saisine du médiateur de la consommation devra s'effectuer :

- Soit en complétant le formulaire prévu à cet effet sur le site internet de l'AME CONSO : www.mediationconso-ame.com ;
- Soit par courrier adressé à l'AME CONSO, 197 Boulevard Saint-Germain - 75007 PARIS.

XI- 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.



11.1 Régime de sûreté des biens

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

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 pleine et entière.

L'établissement n'est donc pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des biens détenus par la personne hébergée y compris dans le cas des prothèses dentaires, auditives ainsi que les lunettes.

La personne hébergée ou son représentant légal, s'il en existe un, certifie, par la signature du présent contrat, avoir reçu l'information écrite et orale sur les règles relatives aux biens et aux objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement et ses limites, en cas de vol, de perte ou de détérioration de ces biens.

11.2 Biens mobiliers non repris après un départ ou non réclamés par les 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.

11.2.1 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 du régisseur 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.

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

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

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

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.

11.3 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.

XII. ASSURANCES



L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et réglementations en vigueur au sein de la résidence.

Les personnes accompagnées sont couvertes par la compagnie d'assurance au niveau de la responsabilité civile, cependant si les personnes hébergées sont amenées à sortir à l'extérieur ou aller régulièrement dans leur famille, il leur est conseillé de garder leur propre assurance en responsabilité civile.

XIII. DROIT A L'IMAGE

Conformément à l'article 9 du code civil, le consentement des personnes concernées est recueilli pour l'utilisation de leur image afin que l'établissement puisse reproduire ou représenter des photographies prises à l'occasion de différentes activités, pour les usages suivants : publication dans un journal, présentation de la résidence sur différents supports, diffusion d'informations sur le site Internet de l'établissement, réseaux sociaux, etc.... (cf Annexe II).



Ces photographies ainsi que les commentaires les accompagnant ne porteront pas atteinte à la réputation, à la vie privée ou à la dignité des personnes accompagnées.

De même, la personne accueillie se positionne sur la prise d'enregistrement de son ou de vidéo dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement. Un formulaire est intégré en annexe.

Il est strictement interdit aux familles et personnes extérieures à l'établissement, de prendre en photo les personnes hébergées et les professionnels.

La personne accompagnée consent à bénéficier de nouvelles technologies de consultations type télémédecine sauf si refus express de sa part.

Elle consent également à ce que le dossier informatisé de la structure introduise sa photographie.

XIV. L'UNITE DE VIE ALZHEIMER : DISPOSITIF SPECIFIQUE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU DE MALADIES APPARENTEES AU SEIN DE L'EHPAD BARBUSSE

Pour améliorer la qualité des prestations offertes aux personnes hébergées et afin de mieux prendre en soins les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, une intégration au sein de l'Unité de vie Alzheimer peut être proposée.



Ce lieu de vie est un dispositif d'accueil des personnes hébergées, au sein de locaux dédiés et spécialement équipés à la prise soins de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Des activités sociales et thérapeutiques sont organisées et proposées tout au long de la journée.

Ce sont des personnes qui sont hébergées et accompagnées – dans la mesure où leurs troubles sont compatibles avec la participation à des activités en ateliers.

Les objectifs sont les suivants : rassurer, sécuriser, favoriser le bien-être, écouter, accompagner, prendre en charge la vie quotidienne comme à la maison, favoriser les animations individuelles ou en groupe, divertir et occuper, stimuler et préserver l'autonomie, accueillir les familles. Par conséquent, le lieu de vie

favorise des moments d'échanges entre personnes accompagnées, et entre ces dernières et le personnel soignant – de façon à privilégier la qualité de vie des personnes admises et le bien-être au quotidien.

Y interviennent, à des degrés divers : des assistantes de soins en gérontologie, des aides-soignants et infirmiers, des agents de service hospitalier, la lingère et les bénévoles

Le profil des personnes accompagnées correspond aux caractéristiques suivantes :

- Être atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée,
- Présenter des symptômes psycho-comportementaux modérés,
- Être évalué par le NPI-ES (présenté un score supérieur à 3 à au moins un des 10 items comportementaux),
- Être mobile, c'est-à-dire capable de se déplacer seul, y compris en fauteuil roulant.

Pour effectuer le choix des personnes accompagnées pouvant être hébergées dans cette unité, l'équipe se réunit régulièrement ; elle est composée du médecin coordonnateur, du cadre de santé, des infirmières et des aides-soignants. Cette équipe s'occupe également de la procédure de réorientation de la personne (sortie, réduction, suspension ou modification de la fréquentation).

L'hébergement en UVA n'induit pas de facturation complémentaire au tarif d'hébergement et de dépendance.

XV. 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.



XVI. 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, Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

- Décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Décret n° 2015-1868 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 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 le cas échéant/Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens le cas échéant
- Aux délibérations du Directoire de l'établissement.

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,
- Le formulaire de désignation de la personne de confiance le cas échéant (*cf Annexe IX. à XII*)
- Le formulaire des directives anticipées le cas échéant (*cf Annexe V. à VIII.*)
- Le formulaire attestant la résiliation de la location de matériel médical à domicile (*cf Annexe XIV.*)
- Le formulaire de déclaration du choix du médecin traitant (*cf Annexe XV.*)
- Le formulaire du droit à l'image (*cf Annexe II.*)
- L'Etat des lieux contradictoires (*cf Annexe XVI.*)

Une copie du contrat de séjour signé vous est remise (ou à votre personne de confiance). L'original signé est conservé par l'Etablissement.

La personne accueillie donne son consentement à son entrée dans la résidence.

Fait à..... , le.....

Signature de la personne hébergée
Ou de son représentant légal d'EHPAD

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

Signature du Directeur

ANNEXES



EHPAD CH DENAIN
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 Dépendantes
 Résidence BARBUSSE
 Résidence ARC EN CIEL
 Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de Naissance : _____
 Date d'entrée dans la structure : _____

LIBERTE D'ALLER ET VENIR

Préambule

La liberté d'aller et venir est un principe de valeur constitutionnel, qui reconnaît à l'individu le droit de se mouvoir et de se déplacer d'un endroit à l'autre. L'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée, telle qu'introduite par l'[article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles](#), garantit à la personne le droit à son autonomie et la possibilité de circuler librement. Le législateur énonce les modalités de mise en œuvre concrète de la liberté d'aller et venir au regard notamment des nécessités liées au respect de l'intégrité physique et de la sécurité de la personne.

L'annexe au contrat de séjour mentionnée à l'[article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles](#) est un document à portée individuelle mis en œuvre seulement si la situation de la personne le requiert. Elle a pour objectif d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins individuels de la personne en matière de soutien de sa liberté d'aller et venir dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité. Comme le précise le législateur, les mesures envisagées ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus.

L'annexe au contrat de séjour est le fruit du travail pluridisciplinaire de l'équipe médico-sociale de l'établissement, qui s'appuie sur les données de l'examen médical de la personne, dans le respect du secret médical, pour identifier ses besoins. Si elle le souhaite, la personne accompagnée et, le cas échéant, la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique ou, après accord de la personne accompagnée, sa personne de confiance, peut demander, préalablement à la signature de l'annexe, à être reçu par le médecin coordonnateur ou à défaut, par une personne de l'équipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation pluridisciplinaire ou par le médecin traitant, pour bénéficier d'explications complémentaires, notamment d'ordre médical, sur les mesures envisagées.

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

Objet :

La présente annexe définit les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires que le médecin coordonnateur propose au directeur de l'établissement pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir au sein de la structure. Ces mesures sont élaborées par le médecin coordonnateur, ou à défaut le médecin traitant, et l'équipe médico-sociale de l'établissement en fonction des besoins identifiés à la suite de l'examen médical de la personne et après analyse des risques et des bénéfices de ces mesures. Ces mesures sont élaborées conformément au cadre constitutionnel et légal rappelé en préambule. La présente annexe prévoit également les modalités relatives à sa durée, à sa révision et à son évaluation.

Equipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation du résident :

L'examen médical de la personne accompagnée est intervenu le..... Il a été réalisé par le docteur....., médecin coordonnateur de l'établissement ou médecin traitant de la personne. L'équipe médico-sociale de l'établissement s'est réunie le afin d'évaluer, avec le médecin ayant procédé à l'examen de la personne, les bénéfices et risques des mesures envisagées.

Participaient à cette évaluation les personnes suivantes :

- M/Mme,

- M/Mme,

Le projet d'annexe au contrat de séjour a été remis par M/Mme à la personne accompagnée, à son représentant légal ou le cas échéant, à sa personne de confiance le

La personne a émis les observations suivantes :

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

Mesures particulières prises par l'établissement :

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

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

Toutes les réponses apportées par l'établissement sont préventives. L'établissement porte une attention particulière à la promotion de la liberté d'aller et venir de la personne, quel que soit son état de santé, dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité. Dans ce cadre, l'établissement est tenu de rechercher, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur, le consentement de la personne pour la mise en œuvre de mesures visant à assurer son intégrité physique et sa sécurité dès lors qu'elles sont strictement nécessaires et proportionnées aux risques encourus. Les mesures individuelles et applicables à la situation particulière de la personne accompagnée prises par l'établissement sont retracées dans le tableau ci-dessous, dans lequel la personne accompagnée exprime son acceptation.

MESURES PROPOSÉES	ACCORD	ABSENCE D'ACCORD	OBSERVATIONS complémentaires

Durée de l'annexe :

La présente annexe est conclue pour une durée de

Elle peut être révisée à tout moment et les mesures qu'elle comporte sont réévaluées au moins tous les six mois.

Evaluation de l'adaptation des mesures individuelles mentionnées dans l'annexe au contrat de séjour :

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

Modalités de révision de l'annexe

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

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

Fait le.....

A.....

Madame/ Monsieur (nom et prénom de la personne accompagnée) :

.....

Signature :

Madame/ Monsieur (nom et prénom du Directeur de l'EHPAD ou de son représentant) :

.....

Signature :

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires. L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr/ Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59220 DENAIN. Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité.



EHPAD CH DENAIN

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

Dépendantes

 Résidence BARBUSSE Résidence ARC EN CIEL

Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Date d'entrée dans la structure :

FORMULAIRE « DROITS A L'IMAGE »

Je soussigné(e),, né(e) le, demeurant à, autorise le Centre Hospitalier de Denain située 25 rue Jean Jaurès – 59220 DENAIN, à utiliser mon image pour les usages suivants :

- Autorise la prise de photographies, d'enregistrement de son ou de vidéo dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement
- N'autorise pas la prise de photographies, d'enregistrement de son ou de vidéo dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement.

- Autorise l'exploitation de ces prises de vue / enregistrements pour :
- toute transcription dans le dossier patient informatisé
 - tout montage et toute diffusion télévisuelle
 - toute diffusion sur les sites Internet, intranet et réseaux sociaux du Centre Hospitalier de Denain
 - toute reproduction
 - toute représentation dans toute manifestation publique et privée dans l'enceinte ou en dehors du Centre Hospitalier de Denain
 - toute promotion du Centre Hospitalier de Denain, notamment lors de manifestation de professionnels de santé
- N'autorise pas l'exploitation de ces enregistrements. (Le Centre Hospitalier s'engage dans ce cas à rendre anonyme sa participation).

1. DURÉE : Cette autorisation est valable pour une durée égale à mon hébergement
2. SUPPORTS D'ENREGISTREMENT : backup, cd-rom.
3. DESTINATAIRE : Le grand public, les professionnels de santé.
4. DROITS : Conformément au règlement général sur la protection des données et à la loi informatique et libertés, vous pouvez à tout moment retirer votre consentement vous disposez également de droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition des données vous concernant. Pour plus d'information consulter sur demande au secrétariat notre politique de confidentialité.
Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez nous contacter : dpo@ch-denain.fr ou <https://www.cnil.fr/fr/comprendre-vos-droits>.
Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/plaintes>).

Je reconnais que cette autorisation me permet de contrôler l'utilisation de mon image et je confirme que j'ai donné mon consentement libre et éclairé.

Fait à, le

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)



EHPAD CH DENAIN
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 Dépendantes
 Résidence BARBUSSE
 Résidence ARC EN CIEL
 Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de Naissance : _____
 Date d'entrée dans la structure : _____

ACCES AUX INFORMATIONS DE SANTE ET TRANSMISSION DES INFORMATIONS MEDICALES

Je soussigné(e), né(e) le à

demeurant

Téléphone(s) : Fax/E-mail :

Admis(e) au Centre Hospitalier de Denain :

- Hospitalisation Actes ambulatoires Soins externes Urgences

à compter du pour la durée du traitement.

- Accepte Que la personne de confiance soit informée de mon état de santé - Notion encadrée par le code de santé publique - Article L1111-6
 Refuse

- Accepte Que mon dossier médical ou toute autre information médicale soient communiqués aux ayants droits en cas de décès, se référer à l'article L. 1130-4 s'effectue dans les conditions prévues aux deux derniers alinéas du V de l'article L – du code de santé
 Refuse

Article L1110-4 du CSP le droit d'opposition « IV.-La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. »

Fait à le.....

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires. L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr / Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59223 DENAIN. Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité.



EHPAD CH DENAIN

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

Dépendantes

 Résidence BARBUSSE Résidence ARC EN CIEL

Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Date d'entrée dans la structure :

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR UNE PRISE EN CHARGE EN TELEMEDECINE

Qu'est-ce-que la télémédecine ?

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

La télémédecine permet d'améliorer les soins dont vous pourrez bénéficier en évitant de vous déplacer.

L'exercice de la télémédecine est une pratique encadrée par la loi (article L.6316-1 du Code de la Santé Publique, décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010, avenant 6 à la Convention Médicale 2016).

La confidentialité et la protection de vos données

La télémédecine nécessite un échange d'informations entre les professionnels qui participent à votre prise en charge en télémédecine. Sauf opposition justifiée de votre part, les informations recueillies lors de vos actes de télémédecine feront l'objet d'un enregistrement informatique réservé à l'usage des professionnels qui participent à vos soins, sur place et à distance. Ces informations sont conservées dans un espace sécurisé garantissant toutes les exigences de confidentialité et de sécurité de vos données.

L'hébergeur de vos données bénéficie d'un agrément¹ spécifique octroyé par le Ministère de la Santé.

Conformément à la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au praticien effectuant la prise en charge.

Vos droits

Tout acte de télémédecine et l'utilisation du service régional e-KerMed pour votre prise en charge de télémédecine requiert votre consentement.

Vous avez libre choix d'accepter ou non de bénéficier d'une prise en charge en télémédecine. Dans ce cas, il vous suffira de prévenir le médecin de notre établissement de votre souhait de ne pas bénéficier d'une prise en charge en télémédecine.

Vous pouvez exercer votre droit de liberté de choix du praticien en indiquant les noms des médecins que vous ne souhaitez pas voir intervenir dans votre parcours de soins.

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR UNE PRISE EN CHARGE EN TELEMEDECINE

A remplir par la personne accompagnée, le représentant légal ou le tiers de confiance

Je soussigné(e)

(NOM, PRÉNOM DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL)

Je reconnais avoir été informé(e) qu'aucun acte ou aucun traitement ne peut être pratiqué sans mon consentement libre et éclairé.

Je reconnais avoir reçu une note d'information détaillée sur la télémédecine.

Je reconnais avoir été informé que mes données seront hébergées chez un tiers bénéficiant de l'agrément Hébergement de Données de Santé.

Je consens donc à bénéficier d'une prise en charge en télémédecine et reconnais la possibilité qui m'est réservée de retirer mon consentement à tout moment.

Je consens au partage de mes données de santé personnelles au sein de l'équipe de soins participant à ma prise en charge en télémédecine et à l'hébergement de mes données par un prestataire tiers.

Fait à Le/..... /.....

Signature :



EHPAD CH DENAIN
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 Dépendantes
 Résidence BARBUSSE
 Résidence ARC EN CIEL
 Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de Naissance : _____
 Date d'entrée dans la structure : _____

DIRECTIVES ANTICIPEES DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE - MODELE A :

- *Je suis atteint d'une maladie grave*
- *Je pense être proche de la fin de ma vie*

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

1°) à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

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

.....

2°) à propos des actes et 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 :
 - Autre :
- Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :
 - Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
 - Dialyse rénale :
 - Alimentation et hydratation artificielles :
 - Autre :
- Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte-tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou 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 :

Fait le.....à..... Signature :

LOCALISATION DES MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Formulaire des directives anticipées

■ **Conservé sur moi ou chez moi :** oui non

● si oui, à l'adresse actuelle :.....

● à tel endroit :

■ **Remis à :**

● ma personne de confiance :

● autre (s) personnes (s) (cf. tableau ci-dessous) :

NOM	PRENOM	QUALITE (médecin, famille, amis...)	ADRESSE	TELEPHONE

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires. L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr/ Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59220 DENAIN.

Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité.



EHPAD CH DENAIN
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 Dépendantes
 Résidence BARBUSSE
 Résidence ARC EN CIEL
 Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : Prénom :
 Date de Naissance :
 Date d'entrée dans la structure :

DIRECTIVES ANTICIPEES DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE - MODELE B :

- *Je pense être en bonne santé*
- *Je ne suis pas atteint d'une maladie grave*

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

1°) 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 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 de tels actes (par exemple : réanimation cardio-respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc...)

.....

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 :

.....

Fait leà.....

Signature :

LOCALISATION DES MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Formulaire des directives anticipées

■ **Conservé sur moi ou chez moi :** oui non

● si oui, à l'adresse actuelle :.....

● à tel endroit :

■ **Remis à :**

● ma personne de confiance :

● autre (s) personnes (s) (cf. tableau ci-dessous) :

NOM	PRENOM	QUALITE (médecin, famille, amis....)	ADRESSE	TELEPHONE

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires. L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr/ Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59220 DENAIN.

Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité.



EHPAD CH DENAIN
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 Dépendantes
 Résidence BARBUSSE
 Résidence ARC EN CIEL
 Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : Prénom :
 Date de Naissance :
 Date d'entrée dans la structure :

DIRECTIVES ANTICIPEES DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE MODELE C :

➤ *Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives*

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 à :, le

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 à :, le

Signature :

LOCALISATION DES MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Formulaire des directives anticipées

■ **Conservé sur moi ou chez moi :** oui non

● si oui, à l'adresse actuelle :.....

● à tel endroit :

■ **Remis à :**

● ma personne de confiance :

● autre (s) personnes (s) (cf. tableau ci-dessous) :

NOM	PRENOM	QUALITE (médecin, famille, amis....)	ADRESSE	TELEPHONE

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires. L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr / Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59220 DENAIN.

Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité.



EHPAD CH DENAIN

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
Dépendantes

- Résidence BARBUSSE
- Résidence ARC EN CIEL

Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Date d'entrée dans la structure :

DIRECTIVES ANTICIPEES DE LA PERSONNE ACCOMPAGNE - MODELE FACILE A LIRE ET A COMPRENDRE :

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Fait le :	
Témoin 1 (Prénom Nom)	
Témoin 2 (Prénom Nom)	

Si un jour	Mon cœur s'arrête de battre :	Je décide
		<input checked="" type="checkbox"/>



Réanimation

OU



Pas de réanimation



EHPAD CH DENAIN

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
Dépendantes

- Résidence BARBUSSE
- Résidence ARC EN CIEL

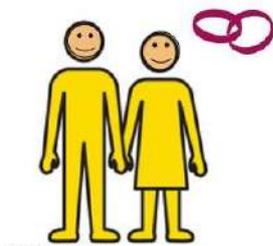
Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

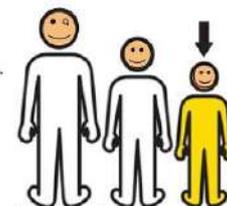
Nom : _____ Prénom : _____
 Date de Naissance : _____
 Date d'entrée dans la structure : _____

Si un jour	Je suis gravement malade :	Je décide

Qui témoignera pour moi, si je ne suis plus en capacité de m'exprimer ?



Conjoint



Enfant

OU



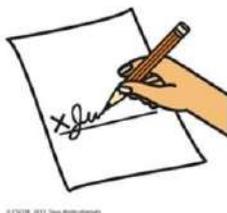
Personne de confiance



Tuteur / Autre :

.....

Je suis d'accord et je valide mes directives anticipées

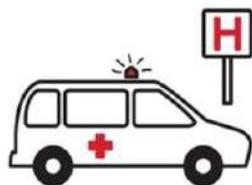




EHPAD CH DENAIN
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 Dépendantes
 Résidence BARBUSSE
 Résidence ARC EN CIEL
 Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE	
Nom :	Prénom :
Date de Naissance :	
Date d'entrée dans la structure :	

Si un jour	Je suis gravement malade :	Je décide



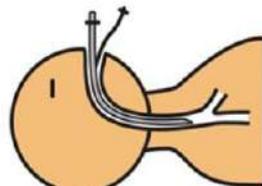
© CICOE, 2012. Tous droits réservés.
Transfert à l'hôpital

OU



© CICOE, 2012. Tous droits réservés.

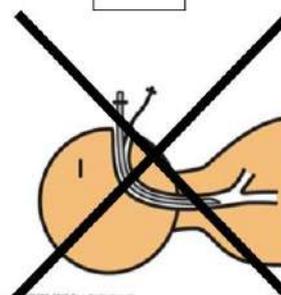
Rester ici, à la maison



© CICOE, 2012. Tous droits réservés.

Intubation

OU



© CICOE, 2012. Tous droits réservés.

Pas d'intubation



© CICOE, 2011. Tous droits réservés.

Opération

OU



© CICOE, 2012. Tous droits réservés.

Pas d'opération



EHPAD CH DENAIN
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 Dépendantes
 Résidence BARBUSSE
 Résidence ARC EN CIEL
 Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE	
Nom :	Prénom :
Date de Naissance :	
Date d'entrée dans la structure :	

Si un jour	Je suis gravement malade :	Je décide
		<input checked="" type="checkbox"/>



Gastrostomie

OU

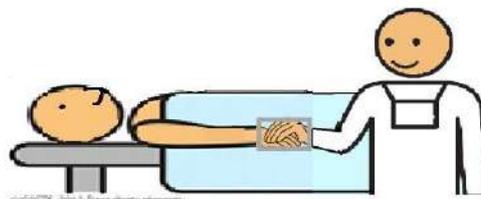


Pas de gastrostomie



Soins lourds

OU



Limitation aux soins de confort
et contre la douleur

Commentaires :



EHPAD CH DENAIN

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
Dépendantes

- Résidence BARBUSSE
 Résidence ARC EN CIEL

Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : _____ Prénom : _____
Date de Naissance : _____
Date d'entrée dans la structure : _____

LOCALISATION DES MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Formulaire des directives anticipées

■ Conservé sur moi ou chez moi : oui non

● si oui, à l'adresse actuelle :

● à tel endroit :

■ Remis à :

● ma personne de confiance :

● autre (s) personnes (s) (cf. tableau ci-dessous) :

NOM	PRENOM	QUALITE (médecin, famille, amis....)	ADRESSE	TELEPHONE

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires.

L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr / Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59220 DENAIN.

Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité.



EHPAD CH DENAIN
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 Dépendantes
 Résidence BARBUSSE
 Résidence ARC EN CIEL
 Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : Prénom :
 Date de Naissance :
 Date d'entrée dans la structure :

**LA PERSONNE DE CONFIANCE
 FORMULAIRE DE DESIGNATION**

**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 fixe : portable :

Professionnel : E-mail :

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à, le.....

Signature :

Cosignature de la personne de confiance :

Cas où la personne accompagnée n'est pas en mesure de désigner une personne de confiance :

Je soussigné (médecin-IDE-Cadre de santé)atteste que

.....n'est pas en capacité de désigner une personne de confiance.

Signature :

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires. L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr / Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59220 DENAIN.

Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité.



EHPAD CH DENAIN
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 Dépendantes
 Résidence BARBUSSE
 Résidence ARC EN CIEL
 Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : Prénom :
 Date de Naissance :
 Date d'entrée dans la structure :

**LA PERSONNE DE CONFIANCE
 FORMULAIRE DE REVOCATION**

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

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Né(e) le : à

Met fin à la désignation de

Nom et prénom :

Né(e) le : à

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

Téléphone fixe : portable :

Professionnel : E-mail :

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique.

Fait à, le

Signature :

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires. L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr / Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59220 DENAIN.

Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité.



EHPAD CH DENAIN

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

Dépendantes

 Résidence BARBUSSE Résidence ARC EN CIEL

Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Date d'entrée dans la structure :

2. Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

Témoin 1 :**Je soussigné(e)**

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

a mis fin à la désignation de :

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Fait à :**le :**

Signature du témoin :

Témoin 2 :**Je soussigné(e)**

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

a mis fin à la désignation de :

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Fait à :**le :**

Signature du témoin :

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires. L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr / Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59220 DENAIN.

Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité.



EHPAD CH DENAIN
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 Dépendantes
 Résidence BARBUSSE
 Résidence ARC EN CIEL
 Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : Prénom :
 Date de Naissance :
 Date d'entrée dans la structure :

La personne qualifiée

L'article L311-5 du Code de l'action sociale et des familles (version en vigueur au 26 février 2010) dispose que :

« Toute personne prise en charge par l'établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par la Directrice de l'Offre Médico-Sociale de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-De-France, par la Directrice Départementale de la Cohésion Sociale et du Président du Conseil Départemental du Nord. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».

- La personne qualifiée intervient au sein des établissements sur demande de l'Usager ou de son représentant légal.
- Ainsi, la personne qualifiée accompagne le demandeur pour lui permettre de faire valoir ses droits notamment aux articles L311-3 à L311-9 du Code précisé au sein des structures, à savoir :
- Respect de la dignité : intégrité, vie privée, intimité, sécurité...
- Libre choix entre les prestations (domicile/établissement) sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger,
- Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé,
- Accès à l'information,
- Informations sur les droits fondamentaux, protections particulières légales, contractuelles et les droits de recours dont l'usager bénéficie,
- Participation directe ou à l'aide de son représentant légal au projet d'accueil et d'accompagnement.

Conformément au Code de l'Action Sociale et des Familles et notamment aux articles L311-5, R311-1 et R311-2 est nommée qualifiée la personne suivante (dans le champ du handicap exclusivement) :

Madame Mathilde LEPLAN
 mathildeleplan@hotmail.com

Les personnes qualifiées peuvent être également contactées à l'adresse de messagerie suivante :
personnes-qualifiees@lenord.fr

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires. L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr / Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59220 DENAIN.

Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité.



EHPAD CH DENAIN

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

Dépendantes

 Résidence BARBUSSE Résidence ARC EN CIEL

Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Date d'entrée dans la structure :

Location de matériel médical à domicile

Le

Je soussigné(e) :

Madame/Monsieur.....

Né(e) le.....à

Qualité (lien avec la personne)

Atteste avoir procédé, avant mon entrée au sein de la structure, à la résiliation de la location du matériel médical dont j'avais l'utilisation à domicile.

Pour faire valoir ce que de droit,

Signature :

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires. L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr / Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59220 DENAIN.

Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité.



EHPAD CH DENAIN

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

Dépendantes

 Résidence BARBUSSE Résidence ARC EN CIEL

Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Date d'entrée dans la structure :

Choix des intervenants extérieurs par la personne accompagnée (ou son représentant)

MEDECIN	
HOPITAL OU CLINIQUE	
OPHTALMOLOGIE	
AMBULANCE	
POMPES FUNEBRES	
CARDIOLOGIE	
ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	

Denain, le

Signature du résident**(ou de son représentant)**

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires. L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr/ Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59220 DENAIN. Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité



EHPAD CH DENAIN

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

Dépendantes

 Résidence BARBUSSE Résidence ARC EN CIEL

Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Date d'entrée dans la structure :

ETAT DES LIEUX CONTRADICTOIRE ENTREE SORTIE

ETABLISSEMENT	
<input type="checkbox"/> EHPAD ARC EN CIEL	<input type="checkbox"/> EHPAD BARBUSSE
<input type="checkbox"/> USLD	
LOGEMENT	
Comprenant une chambre et une salle d'eau séparée en EHPAD Comprenant une chambre et un cabinet de toilette en USLD	
<input type="checkbox"/> Chambre simple n° :	<input type="checkbox"/> Chambre double n° :
Superficie :m ²	
<input type="checkbox"/> Etage :	<input type="checkbox"/> Aile :
PERSONNE ACCOMPAGNEE	
Nom/prénom :	
Date d'entrée :	
Et/ou date réservation :	

Cochez la case correspondante

Clé(s) remise(s) :Porte de chambre : Oui Non Armoire : Oui Non Coffre : Oui Non

CHAMBRE :

	TB Etat	Correct	Dégradé	Observations
Mur				
Plafond				
Sol				
Plinthes				
Porte				
Propreté				

SALLE DE BAINS :

	TB Etat	Correct	Dégradé	Observations
Mur				
Plafond				
Sol				
Plinthes				
Porte				
Lavabo				
Robinetterie				
Douche				
WC et abatant				
Tablette				
Miroir				
Patère				
Propreté				

EQUIPEMENT :

	TB Etat	Correct	Dégradé	Observations
Prises:TV-Tél-Elec				
Interrupteurs				
Radiateurs				
TV et support TV				
Eclairage				
Volet et store				
Rideaux/Double				
Fenêtre				
Réfrigérateur				
Appel malade/prise				
Téléphone				
Autre				

MOBILIER MIS A DISPOSITION :

	NC	TB état	Correct	Dégradé	Observations
1 table ou bureau					
1 chaise					
1 fauteuil					
1 lit médicalisé et télécommande					
1 adaptable					
1 meuble de chevet					
1 petit meuble					
1 commode					
1 console					
1 repose pied					
1 matelas					
Linge de lit					
1 meuble penderie + étagères					
- Etat des portes					
- Etat montants					
- Etat intérieur					
Autre					

EQUIPEMENT D'AIDE A LA PERSONNE :

	NC	TB état	Correct	Dégradé	Observations
1 chaise percée					
1 chaise de douche					
1 bassin/urinal					
1 rehausse toilette					
1 fauteuil malade					
1 déambulateur					
1 rail de transfert					
1 paire de béquilles					
1 tripode					
1 fauteuil médicalisé					
1 matelas dynamique					
Autres					

Observations :

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

La personne répond des dégradations et pertes qui arrivent pendant le séjour et qui proviennent d'un usage anormal et donc fautif de sa part, (sauf cas de force majeur, faute de l'établissement, faute d'un tiers non invité par le résident).

Cet état des lieux d'**ENTREE** / de **SORTIE** a été établi contradictoirement entre :

M..... personne accompagnée et/ou M.....

Représentant légal de M....., personne accompagnée

et

M., Représentant l'établissement

Fait à, le/...../.....

La personne accompagnée et/ou son représentant
« Lu et approuvé »

Le représentant de
l'établissement



EHPAD CH DENAIN
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 Dépendantes
 Résidence BARBUSSE
 Résidence ARC EN CIEL
 Tél Secrétariat Administratif: 03.27.24.33.51

ETIQUETTE

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de Naissance : _____
 Date d'entrée dans la structure : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE EN CAS DE CONTROLE DE SON ESPACE PRIVE

Dans le cadre des contrôles organisés par les autorités de tutelle, l'article 12 de la loi du 8 avril 2024 institue le recueil obligatoire du consentement des personnes accueillies en ESMS afin que le contrôle puisse porter sur leur espace de vie privatif. Ce consentement (ou le refus) est recueilli à la signature du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge et consigné en son sein. Il est révoquant à tout moment.

Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis au candidat à l'admission ou à son représentant légal, l'autre est conservé par l'établissement dans le dossier administratif.

Je soussigné(e) :

Madame ou Monsieur
 (Nom et prénom complets en lettres capitales)

Né(e) le : à.....

Représentée par (Nom, Prénom et qualité de la personne signataire si différente de la personne hébergée) :

Exprime, en signant ce formulaire, avoir reçu **oralement lors d'un entretien, les** informations relatives au contrôle de l'espace de vie privatif par les autorités de tutelle, et

Accepte la réalisation de ce dernier

Refuse la réalisation de ce dernier

J'ai pris connaissance qu'à tout moment, je peux revenir sur mon choix, dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit le Directeur du Centre Hospitalier de Denain ou son représentant.

Fait à, le

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Vos données sont traitées dans le cadre de la mission d'hébergement et de soins du CH Denain ainsi que pour la fourniture des services mentionnés au contrat de séjour et annexes. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur (RGPD). Ces informations sont réservées à l'usage des professionnels de l'EHPAD et ne peuvent être communiquées qu'à ces destinataires. L'équipe de soins qui assure votre prise en charge peut également être amenée à partager vos données avec d'autres professionnels pour disposer d'une expertise complémentaire dans le cadre de votre prise en charge. Dans ce cas, conformément à l'art L1110-4 du code de santé publique, vous en serez informé préalablement par le médecin qui vous prend en charge.

Pour exercer vos droits : dpo@ch-denain.fr / Centre Hospitalier de Denain 25 rue Jean Jaurès 59220 DENAIN. Pour en savoir plus, nous mettons à votre disposition sur le site internet ou sur demande la politique-confidentialité

