



# LE CONTRAT DE SEJOUR



# **SOMMAIRE**

## **I. CONDITIONS D'ADMISSION**

## **II. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT**

*2.1 Description du logement et du mobilier fournis par l'établissement*

*2.2 Restauration*

*2.3 Le linge et son entretien*

*2.4 Animation*

*2.5 Autres prestations*

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

## **III. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE**

## **IV. COUT DU SEJOUR**

*4.1 Montant des frais de séjour*

*4.1.1 Frais d'hébergement*

*4.1.2 Frais liés à la dépendance*

*4.1.3 Frais liés aux soins*

## **V. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION**

*5.1 Hospitalisation et absence pour convenances personnelles*

*5.1.1 Tarif hébergement*

*5.1.2 Tarif dépendance*

*5.2 Facturation en cas de résiliation du contrat*

## **VI. RESILIATION DU CONTRAT**

*6.1 Résiliation volontaire*

*6.2 Résiliation à l'initiative de l'établissement*

## **VII. RESPONSABILITES RESPECTIVES**

## **VIII. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR**

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

*Les particuliers appelés à souscrire un contrat de séjour sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention.*

*L'EHPAD Alfred SILHOL de Bessèges, Etablissement d'hébergement pour personnes Agées Dépendantes, est un établissement public autonome à caractère communal.*

*Son habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et/ou l'APA lui permet d'accueillir les personnes qui en font la demande et qui remplissent les conditions d'admission.*

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

***Le contrat de séjour est conclu entre :***

***D'une part,***

*L'EHPAD Alfred SILHOL, Etablissement d'hébergement pour personnes Agées Dépendantes, 20, rue Alfred Silhol 30160 - BESSEGES, représenté par sa Directrice,*

***Et d'autre part,***

*Mme ou Monsieur .....*

*(indiquer nom(s) et prénom(s))*

*Né le ..... à .....*

*Née le : ..... à .....*

*Dénommé(e) le résident, dans le présent document.*

*Le cas échéant, représenté(e) par M-ou Mme (indiquer) :*

*nom : .....*

*prénom : .....*

*date et lieu de naissance : ..... à .....*

*adresse : .....*

*éventuellement lien de parenté ou personne de confiance : .....*

*Dénommé(e) le représentant légal (préciser : tuteur, curateur, mandat spécial..., joindre photocopie du jugement) :*

*Il est convenu ce qui suit :*

*le présent contrat est à durée indéterminée à compter du .....*

*le présent contrat est conclu, au titre de l'hébergement temporaire, pour la période du ..... au .....*

*La date d'arrivée du résident est fixée d'un commun accord par les deux parties.*

*Elle correspond à la date de départ de la facturation, même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.*

## I. CONDITIONS D'ADMISSION

*L'établissement reçoit des personnes seules ou en couple, âgées d'au moins 60 ans, dont l'état de santé est compatible avec le niveau de prise en charge de la structure.*

*Néanmoins, des personnes de moins de 60 ans peuvent également y être admises par dérogation.*

*L'admission est prononcée par La Directrice après examen du dossier complet.*

## II. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT

*Les modalités de fonctionnement sont définies dans le document « conditions de séjour - règlement de fonctionnement » joint et remis au résident avec le présent contrat.*

### **2.1 Description du logement et du mobilier fournis par l'établissement**

*A la date de la signature du contrat un logement est attribué à*  
*M.....*

*Le résident dans la limite de la taille de la chambre peut amener des effets et du petit mobilier personnel s'il le désire (fauteuil, bibelots, photos...).*

*Sur la demande du résident, une clé de la chambre peut lui être remise. Celle-ci devra être restituée lors du départ du résident. En cas de perte ou de non restitution un coût de 25 € sera demandé.*

*La fourniture de l'électricité, du chauffage, et de l'eau est à la charge de l'établissement.*

*Concernant le téléphone, les résidents peuvent être joints 24 h sur 24 h et peuvent bénéficier de l'option appel par un numéro direct.*

*Les communications téléphoniques seront facturées mensuellement lors de la facturation des frais de séjour.*

*L'établissement ne fournit pas de poste de télévision. Si le résident manifeste le désir d'apporter son poste de télévision, l'écran ne devra pas excéder 24 pouces. La redevance est à la charge du résident qui devra également souscrire une assurance personnelle.*

## **2.2 Restauration**

*Les repas (déjeuner, dîner) sont pris en salle de restaurant sauf si l'état de santé du résident justifie qu'ils soient pris en chambre.*

*Le petit déjeuner peut être pris en chambre ou à l'étage selon le souhait du résident.*

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

*Les résidents peuvent convier des invités à déjeuner à condition d'avertir le service 48 h à l'avance et moyennant une contribution financière. Le prix du repas est fixé par le conseil d'Administration et communiqué aux intéressés chaque année. L'achat des carnets de 10 repas s'effectue auprès du service économat.*

*Les résidents ne peuvent en aucun cas faire conserver des denrées alimentaires dans les réfrigérateurs de l'établissement.*

## **2.3 Le linge et son entretien**

*Seule la literie est fournie par l'établissement. Le linge domestique (serviettes de toilette, serviettes de table...) n'est pas fourni par l'établissement.*

*Le linge domestique et personnel est lavé et repassé par l'établissement. Le linge personnel devra être identifié (s'adresser au service lingerie et / ou accueil) et renouvelé aussi souvent que nécessaire.*

*L'établissement ne serait être tenu responsable des pertes de linge non marqué.*

## **2.4 Animation**

*Les actions d'animation régulièrement organisées par l'établissement ne donnent pas lieu à une facturation.*

*Les prestations ponctuelles d'animation seront signalées au cas par cas ainsi que les conditions financières de participation, s'il y a lieu (voyages, sorties, ...).*

*Dans le cadre de l'animation des photographies sont prises lors des animations en l'établissement mais également lors des sorties diverses. Le résident peut à tout moment s'opposer à la fixation et diffusion de son image. Une autorisation de prise et de diffusion de photographie est annexée au Contrat de séjour.*

## **2.5 Autres prestations**

*Le résident pourra bénéficier des services qu'il aura choisis : coiffeur, pédicure, taxi, et en assurera directement le coût. En cas d'impossibilité, le référent familial gèrera directement avec les personnes concernées.*

## **2.6 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne :**

*Les aides qui peuvent être apportées au résident concernent la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage...), l'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien de l'autonomie (certains déplacements loisirs à l'extérieur de l'établissement).*

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

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

*Le projet personnalisé est présenté au résident. Une attestation concernant sa prise de connaissance est annexée au Contrat de Séjour.*

*Conformément aux dispositions du règlement de fonctionnement, il pourra être procédé à un changement en cas de nécessité.*

### **III. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE**

*L'établissement assure une permanence 24h sur 24h : appel malade, veille de nuit.*

*Les informations relatives à la surveillance médicale et paramédicale, ainsi qu'à la prise en charge des soins figurent aux « conditions de séjour-règlement de fonctionnement » remis au résident à la signature du présent contrat.*

*Les professionnels de santé exerçant à titre libéral dans l'établissement (médecins, kinésithérapeutes) ayant signé un contrat de coordination avec l'établissement sont les suivants :*

➤ *Médecins généralistes :*

- *Dr. JACQUOT*
- *Dr. LE HENAFF*

➤ *Kinésithérapeutes :*

- *Mme LAQUAIS*

## IV. COUT DU SEJOUR

### **4.1 Montant des frais de séjour :**

*L'établissement bénéficie d'une convention avec le Conseil Départemental et l'Assurance Maladie.*

*Une caution, dont le montant est indiqué annuellement avec la nouvelle tarification en vigueur, est demandée au moment de l'admission. Son montant est remboursé au terme du contrat de séjour, après régularisation des sommes dues.*

*Si le résident est admis à l'aide sociale, le remboursement intervient à la date de prise en charge par l'aide sociale départementale, indiquée sur la notification.*

#### **4.1.1 Frais d'hébergement**

*Les prestations hôtelières décrites ci-dessus sont facturables selon une tarification fixée chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental.*

*A la date de conclusion du présent contrat, il est de 54.36 euros nets par journée d'hébergement permanent et temporaire. Ce tarif correspond au prix de journée 2017.*

*Il est payé mensuellement et à terme échu, soit le dernier jour de chaque mois auprès de Monsieur ou Madame le Receveur de l'établissement. A la demande du résident, le paiement par virement bancaire est possible.*

*S'agissant des résidents relevant de l'aide sociale, ceux-ci doivent s'acquitter eux-mêmes de leurs frais de séjour dans la limite de 90 % de leurs ressources. Leurs pensions devront être versées sur le compte du receveur de l'établissement à la Banque de France, 10 % des revenus personnels restent donc à la disposition de la personne âgée sans pouvoir être inférieurs à 1 % du minimum social annuel, soit 96.00 euros par mois au 1<sup>er</sup> Avril 2015.*

#### **4.1.2 Frais liés à la dépendance**

*En fonction de leur dépendance (évaluation AGGIR) et du niveau de leurs ressources, les résidents peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie versée par le Conseil Départemental (hormis pour l'hébergement temporaire).*

*Cette allocation permet de couvrir le coût du tarif dépendance, arrêté et facturé dans les mêmes conditions que le tarif hébergement. Néanmoins, une participation à la charge du résident dont le montant minimal est constitué par le tarif GIR 5.6, devra être versée à l'établissement.*

A la date de conclusion du présent contrat, et compte tenu de l'évaluation AGGIR à l'entrée de M....., le tarif dépendance par journée de séjour est :

- GIR 1/2 = 16.26 €
- GIR 3/4 = 10.35 €
- GIR 5/6 = 3.81 €

Il est payé mensuellement et à terme échu, soit le dernier jour de chaque mois auprès de Monsieur ou Madame le Receveur de l'établissement. A la demande du résident, le paiement par virement bancaire est possible.

#### **4.1.3 Frais liés aux soins :**

Le résident a la possibilité de bénéficier de l'activité libérale des praticiens de son choix (médecin, pédicure, kinésithérapeute, ambulanciers, laboratoire, etc...).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, l'établissement prend en charge les honoraires des médecins généralistes, les actes de kinésithérapie, les actes biologiques et radiologiques (sauf équipements lourds).

Tous les autres frais sont à la charge du résident, notamment les produits pharmaceutiques, les consultations de spécialistes, les examens et investigations par Scanner ou IRM, les soins de pédicures, les soins dentaires, les prothèses, les frais de transports sanitaires, etc...

## **V. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION**

### **5.1 Hospitalisation et absence pour convenances personnelles**

#### **5.1.1 Tarif hébergement**

##### **a) Hospitalisation**

Dès le 4<sup>ème</sup> jour d'absence et ce pour chaque absence, la facturation s'établit ainsi :

- la tarification définie au paragraphe 4.1.1, est minorée du forfait hospitalier en vigueur selon s'il s'agit d'une hospitalisation en hôpital ou en clinique ou bien dans un service psychiatrique d'un établissement de santé.

##### **b) Convenances personnelles**

Dès le 4<sup>ème</sup> jour d'absence (calculé par année civile), la facturation s'établit ainsi :

- la tarification définie au paragraphe 4.1.1, est minorée du forfait hospitalier en vigueur, pendant une durée de 30 jours.
- A partir du 31<sup>ème</sup> jour d'absence, la facturation hébergement n'est plus minorée.



### **5.1.2 Tarif dépendance**

*Lorsque le résident s'absente pour convenance personnelle ou dans le cadre d'une hospitalisation, le tarif dépendance n'est pas facturé dès le 1<sup>er</sup> jour d'absence, à condition que l'établissement ait été informé préalablement de l'absence de la personne hébergée.*

### **5.2 Facturation en cas de résiliation du contrat :**

*En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance du préavis d'un mois ou de la date de fin de séjour en hébergement temporaire.*

*En cas de décès, la tarification prévue est établie jusqu'à ce que la chambre soit libérée.*

*En outre, dans le cas particulier où des scellés seraient apposés sur le logement, la période ainsi concernée donnerait lieu à la facturation prévue jusqu'à la libération du logement.*

## **VI. RESILIATION DU CONTRAT**

### **6.1 Résiliation volontaire :**

*A l'initiative du résident ou de son représentant, le présent contrat peut être résilié à tout moment.*

*Notification en est faite à la Direction de l'établissement par lettre contre récépissé ou par lettre recommandée avec accusé de réception et moyennant un préavis de 30 jours, calculé à partir de la date de réception par l'établissement. Le logement est libéré au plus tard à la date prévue pour le départ.*

### **6.2 Résiliation à l'initiative de l'établissement :**

- *Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil*

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

*La Directrice de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement est libéré dans un délai de trente jours.*

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

- ***Non-respect du règlement de fonctionnement, ou du présent contrat***

*La signature du présent contrat vaut signature du Règlement de Fonctionnement délivré.*

- ***Incompatibilité avec la vie collective***

*Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé entre la Directrice et l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix.*

*En cas d'échec de cet entretien, la Directrice sollicite l'avis du Conseil de la Vie Sociale dans un délai de 30 jours avant d'arrêter sa décision définitive quant à la résiliation du contrat.*

*Cette dernière est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au résident et/ou à son représentant légal.*

*Le logement est libéré dans un délai de 30 jours après la date de notification de la décision.*

- ***Résiliation pour défaut de paiement***

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

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

*La régularisation doit intervenir dans un délai de 30 jours à partir de la notification du retard. A défaut, le logement est libéré dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la résiliation du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.*

- ***Résiliation pour décès***

*Le représentant légal et les référents éventuellement désignés par le résident sont immédiatement informés par tous les moyens et éventuellement par lettre recommandée avec accusé de réception.*

*La Directrice de l'établissement s'engage à mettre en œuvre tous les moyens afin de respecter les volontés du défunt, exprimées par écrit lors de l'admission.*

*Le logement devra être libéré dans un délai de 3 jours à compter de la date du décès.*

## **VII. RESPONSABILITES RESPECTIVES**

*Les règles générales de responsabilité applicables pour le résident dans ses relations avec l'établissement et ses différents occupants sont définies par les articles 1382 à 1384 du Code Civil.*

*Il est interdit de fumer à toutes personnes dans l'établissement, en vertu du Décret n°2006.1386 du 15 novembre 2006, Circulaire du 27 novembre 2006.*

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

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

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

*En ce qui concerne les objets de valeur tels que : bijoux, valeurs mobilières..., l'établissement ne dispose pas d'un coffre et ne peut en accepter le dépôt intra-muros. Le comptable peut en accepter le dépôt, suivant les prescriptions des articles L 1113-1 à L 1113-10 du Code de la Santé Publique.*

## VIII. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR

Toutes dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute actualisation du contrat de séjour, approuvée par le Conseil d'Administration après avis du Conseil de la Vie Sociale le cas échéant, fera l'objet d'un avenant.

### Etabli conformément :

- à la loi du 30 juin 1975 modifiée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002
- aux délibérations du Conseil d'Administration

### Pièces jointes au contrat :

- Le document « Conditions de séjour - règlement de fonctionnement » dont le résident et/ou son représentant légal déclare avoir pris connaissance,
- Les pièces du dossier administratif d'admission tel que défini au 1.4 des Conditions de séjour, règlement de fonctionnement,
- l'attestation de l'assurance dommages aux biens et objets personnels si le résident en a souscrit une,
- éventuellement les volontés du résident sous pli cacheté.

Fait à Bessèges, le .....

La Directrice,

Le (la) résident(e) :

D. DEDOURGE

Son représentant légal :

**MAISON DE RETRAITE**  
**Alfred Silhol**

**E. H. P. A. D**

*Ets. D'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes*  
20, rue Alfred Silhol  
30160 - BESSEGES

**AUTORISATION DE PRISE ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES**

**JE SOUSSIGNE(E) :**

**Nom (résident) :** .....

**Prénom :** .....

**AUTORISE ou N'AUTORISE PAS : (rayez la mention inutile)**

- ♦ La prise d'une ou plusieurs photographie(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me représentant.
- ♦ La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) me représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient, entreprises dans le cadre de l'établissement et de l'association "Les Magnanarelles", et sur les supports suivants : site internet de l'établissement, journal de l'association "Les Magnanarelles", affichage interne, presse locale.

**Fait à :**

**Le :**

**Le résident \***

**Pour le résident empêché\***  
(Indiquer le lien de parenté)

**Vous pouvez vous opposer à une telle fixation et diffusion**

**En l'absence de réponse de votre part, votre accord à la fixation, la diffusion, de votre image sera réputé acquis.**

**Vous pourrez toutefois nous faire part ultérieurement, à tout moment, de votre souhait que la diffusion de votre image, sur quelque support que ce soit, cesse au moyen du coupon ci-joint.**

✂.....✂.....✂.....✂.....✂

**DEMANDE DE RETRAIT(S) DE PHOTOGRAPHIE(S)**

**LE (LA) SOUSSIGNE(E) :**

**Nom (résident) :** .....

**Prénom :** .....

**DEMANDE EXPRESSEMENT** au chef d'établissement de l'EHPAD Alfred SILHOL le retrait de la (des) photographie(s) le (la) représentant du (des) support(s) ci-après désigné(s) :

.....  
.....

**Date :**

**Le résident \***

**Pour le résident empêché\***  
(Indiquez le lien de parenté)

\* Signature précédée de la mention manuscrite "Bon pour accord".

**MAISON DE RETRAITE**  
**Alfred Silhol**

**E. H. P. A. D**

*Ets. D'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes*

20, rue Alfred Silhol  
30160 - BESSEGES

**Afin d'optimiser au mieux votre prise en charge et dans le souci du plus grand respect de vos souhaits, nous vous soumettons la possibilité de compléter et signer le document ci-après.**

**La Direction**

---

**JE SOUSSIGNE(E) :**

**Nom (résident) :** .....

**Prénom :** .....

**Entré(e) le :** .....

- **Avez-vous souscrit un Contrat Obsèques :**     oui     non  
(Si oui, nous joindre une copie)

- **Sinon :**

**Crémation :**     oui     non

**Aumônerie :**     oui     non

- **Possédez-vous une concession :**     oui     non

**Si oui nous indiquer le lieu :** .....

- **Pompes Funèbres**

**souhaitées :** .....

- **Vous pouvez nous indiquer vos souhaits (vêtements, objets...) :**

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

**En cas de changement de vos volontés prière de nous tenir informé de vos nouveaux souhaits.**

**Fait à :** .....

**Pour le résident empêché**  
(Indiquer le lien de parenté)

**Le :** .....

**Le résident**

**ANNEXE AU CONTRAT DE SEJOUR**

**ATTESTATION PRISE DE CONNAISSANCE DU PROJET PERSONNALISE**

**JE SOUSSIGNE(E) :**

**Nom (résident) :** .....

**Prénom :** .....

**CERTIFIE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU PROJET PERSONNALISE, SOIT LES DOCUMENTS SUIVANTS :**

- **HABITUDES DE VIE ET BESOINS**
- **OBJECTIFS MIS EN PLACE A COURT ET LONG TERME**

**Les habitudes de vie et besoins sont révisés tous les trimestres. Les plans de soins sont également révisés chaque fois que nécessaire. Ces actions sont réalisées en équipe pluridisciplinaire.  
En cas de modification majeure, nous tenons le résident et sa famille informés.**

**Fait à :** .....

**Le :** .....

**Pour le résident empêché\***  
(Indiquer le lien de parenté)

**Le résident \***

\* Signature précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"