****

Annexe du contrat de séjour EHPAD

Avril 2020

SOMMAIRE

[CONTEXTE 3](#_Toc33618879)

[OBJECTIFS 3](#_Toc33618880)

[MÉTHODE 3](#_Toc33618881)

[RÉGLEMENTATION ET RÉFÉRENCES 3](#_Toc33618882)

[EN PRATIQUE 3](#_Toc33618883)

CONTEXTE

Dans le code l’action sociale et des familles, il est précisé que :

« Le contrat de séjour mentionné à l'article L. 311-4 est conclu dans les établissements et services mentionnés aux 1°, 2°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 12° du I et au III de l'article L. 312-1, dans le cas d'un séjour continu ou discontinu d'une durée prévisionnelle supérieure à deux mois.

Ce contrat est conclu entre la personne accueillie ou son représentant légal et le représentant de l'établissement, de l'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service, du lieu de vie et d'accueil. Lorsque la personne accueillie ou son représentant légal refuse la signature dudit contrat, il est procédé à l'établissement du document individuel de prise en charge mentionné au II du présent article.

Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1, lorsqu'ils accueillent des personnes âgées dépendantes, les dispositions du présent article leur sont applicables en matière de contrat de séjour, sans préjudice de l'application de l'article L. 342-2. »[[1]](#footnote-1)

OBJECTIFS

Le guide permet de:

* Mettre à disposition une trame pouvant être personnalisée aux EHPAD.

MÉTHODE

La trame contenue dans ce guide est mise à jour bimensuellement. Un plan détaillé est proposé contenant des exemples de rédaction à adapter.

Certains éléments sont grisés. Vous devez choisir celui qui correspond à votre établissement.

RÉGLEMENTATION ET RÉFÉRENCES

Les principales recommandations et réglementations suivantes ont été utilisées :

* Décret n° 2010-1731 relatif à l’intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD
* Décret n°2016-1743 du 15 décembre 2016
* Décret n°2018-767 du 31 août 2018
* Décret n°2010-1731 relatif à l’intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD
* Code de l’action sociale et des familles

EN PRATIQUE

« Le présent guide est élaboré selon les informations portées à notre connaissance, il est une aide à la rédaction mais ne prétend pas être totalement exhaustif. Il pourra être mis à jour en fonction des expériences et commentaires, de la parution de recommandations, ou de l’évolution réglementaire. »

Obligatoires :

* Socle des prestations minimales en EHPAD
* Tarifs et conditions de facturation de chaque prestation
* Informations sur les mesures à prendre pour assurer l’intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l’exercice de sa liberté d’aller et venir,
* Informations sur le projet personnalisé
* Contractualisation des objectifs du projet personnalisé
* Etat des lieux contradictoires d’entrée et de sortie
* Attestation aux droits à l’image,
* Liste des professionnels de santé ayant signé un contrat avec l’établissement

Facultatives:

* Acte de cautionnement solidaire(à l’exception des établissements publiques)
* Paiement des frais de séjour pendant une hospitalisation
* Responsabilités respectives de l’établissement et du résident pour les biens et objets personnels
* Liste des professionnels de santé intervenant dans l’établissement

Liste du socle de prestations minimales

Conformément au décret n°2016-1164 du 26 août 2016, l’établissement vous propose l’ensemble des prestations ci-dessous :

Prestations d'administration générale :

1° Gestion administrative de l'ensemble du séjour :

* Tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;
* Etat des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l’établissement ;
* 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 ;

2° Elaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ;

3° Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun.

Prestations d'accueil hôtelier :

1° Mise à disposition de la chambre (individuelle ou double) et des locaux collectifs ;

2° Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes ;

3° Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement ;

4° Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD ;

5° Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour ;

6° Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ;

7° Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;

8° Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre ;

9° Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans toute ou partie de l'établissement.

Prestation de restauration :

1° Accès à un service de restauration ;

2° Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.

Prestation de blanchissage :

Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.

Prestation d'animation de la vie sociale :

1° Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;

2° Organisation des activités extérieures.

Tarifs et conditions de facturation de chaque prestation au XX/XX/XXXX

Tarif hébergement par jour :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Tarif hébergement | **Tarif dépendance****(moins de 60 ans)** | **Tarif dépendance****(plus de 60 ans)** |
| **Chambre individuelle** |  | **GIR 1 ET 2 :****GIR 3 ET 4 :****GIR 5 ET 6 :** | **GIR 1 ET 2 :****GIR 3 ET 4 :****GIR 5 ET 6 :** |
| **Chambre double** |  | GIR 1 ET 2 :GIR 3 ET 4 :GIR 5 ET 6 : | GIR 1 ET 2 :GIR 3 ET 4 :GIR 5 ET 6 : |

Conditions particulières par jour :

Absences pour convenance personnelle (dès le 4ème jour) : XXXXX euros

Absences pour hospitalisation : XXXXX euros

Tarifs prestations facultatives :

Etiquettes : €

Marquage du linge : €

….

Tarifs prestations repas pour les invités :

|  |
| --- |
| **Déjeuner :** |
| **Dîner :**  |

Tarif applicable à la signature du contrat :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chambre individuelle****Chambre double** | **Tarif hébergement** | Tarif dépendance |
|  |  |

Informations sur les mesures à prendre pour assurer l’intégrité physique,

la sécurité de la personne et pour

soutenir l’exercice de sa liberté d’aller et venir

L’établissement s’engage à assurer votre sécurité.

Par décision du médecin coordonnateur et sur avis de l’équipe pluridisciplinaire et de vos proches (si besoin) votre liberté d’aller et venir peut-être limitée.

Cette limitation à votre liberté sera strictement réduite à ce qui est absolument nécessaire à votre sécurité et se fera dans le respect de votre personne.

L'évaluation est conservée dans votre dossier médical. Le directeur d'établissement vous transmet par tout moyen le projet d'annexe au contrat de séjour et, le cas échéant, à la personne chargée de la mesure de protection juridique et, après votre accord, à votre personne de confiance désignée, en les informant des mesures envisagées.

Au cours d’un entretien, le directeur vous explique les mesures qui ont été définies en équipe pluridisciplinaire. A l’issue de cet entretien, le directeur, ou son représentant, et le résident ou le cas échéant, son représentant légal, signent conjointement l'annexe au contrat de séjour qui sera remise au plus tard dans les quinze jours suivant l'entretien.

Avenant au contrat séjour : Projet personnalisé

Dans les 6 mois maximum à compter de votre admission, un avenant sera réalisé à votre contrat de séjour. Cet avenant se nomme : projet personnalisé.

Le projet personnalisé contient des informations sur vous (histoire de vie, habitudes et rythme de vie, données médicales etc). L’ensemble de ces informations sont recueillies avec votre consentement éclairé. Si vous ne souhaitez pas avoir un projet personnalisé, votre refus est pris en compte. L’établissement formalisera uniquement une prise en soin. Vous pouvez changer d’avis à tout moment.

Les modalités de mise en œuvre seront décrites dans les règlement de fonctionnement.

Contractualisation des objectifs du projet personnalisé

Le REQUA propose une trame.

Etat des lieux contradictoires d’entrée /sortie

**d'entrée**  / **de sortie** (cocher la mention utile)

Nom de l’Établissement :

Bâtiment/Service : (n° ou nom)

Chambre : (n° ou nom)

avec salle d'eau/cabinet de toilette

Superficie :

Nom du résident :

Prénom du résident :

Date d'entrée :

Date de sortie :

Et/ou le cas échéant

Le représentant légal,

Monsieur, Madame………………………………………………………………………….

Né(e) le …………………………

Domicilié/demeurant ……………………………………………………………………..

Clé remise : oui  non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etat des lieux à l’entrée** |  | **Etat des lieux à la sortie** |
| Détail/Etat | Très bon état | Bon état | Etat moyen | Mauvais état |  | Très bon état | Bon état | Etat moyen | Mauvais état |
| Porte | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Clefs | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Prises électriques | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Prises TV | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Prises Téléphones | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Interrupteurs | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Luminaires | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Plafond | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Murs | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sol | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Plinthes | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vitrages | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Volets | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Rideaux | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Commandes volets | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Radiateurs | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Lavabo | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Robinetterie lavabo | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Lit médicalisé | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Miroir | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| WC | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Chasse d’eau | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Douche | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| MOBILIER MIS A DISPOSITION |
| Table | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Chaise | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fauteuil | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Lit médicalisé | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Meuble de chevet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Armoire- Cintres- Portes- Montants- Etat intérieur | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Etagère | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Commentaires**:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Fait en deux exemplaires,**

**Etat des lieux d’entrée, lieu le…………/……………/20………..**

|  |  |
| --- | --- |
| **Directeur ou son représentant****(nom prénom) : ………………………..****Signature** | **Résident/Représentant légal****(nom prénom) : ……………………………****Signature** |

**Etat des lieux de sortie, lieu le…………/……………/20………..**

|  |  |
| --- | --- |
| **Directeur ou son représentant****(nom prénom) : ………………………..****Signature** | **Résident/Représentant légal****(nom prénom) : ……………………………****Signature** |

 Attestation aux droits à l’image

JE SOUSSIGNE(E) (nom, prénom)…………………………………………………….

Séjournant dans l’Etablissement………………………………………………………

JE SOUSSIGNE(E) (nom, prénom)……………………………………………………

Agissant en qualité de tuteur (si incapacité du résident)

|  |
| --- |
|  🞎 Autorise 🞎 N’autorise pas la prise d’image dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l’établissement dans le respect de ma dignité , |

|  |
| --- |
|  🞎 Autorise 🞎 N’autorise pas la diffusion des images réalisées pour les usages suivants :🞎 exposition au sein de l’établissement🞎 publication dans les supports écrits : journal, plaquettes en lien avec l’établissement🞎 diffusion dans la presse locale |

|  |
| --- |
|  🞎 Autorise 🞎 N’autorise pas l’établissement à poster des images sur lesquelles je suis reconnaissable sur son site internet ou son compte Facebook™ où elles ne seront visibles que par les « amis » de l’établissement. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Directeur ou son représentant****(nom prénom) : ………………………..****Signature** | **Résident/Représentant légal****(nom prénom) : ……………………………****Signature** |

 Liste des professionnels de santé ayant signé un contrat avec l’établissement

Cautionnement Solidaire

EHPAD …………………………………………………………………………………………

JE SOUSSIGNE(E) (nom, prénom)………………………………………………………..

Séjournant dans l’Etablissement……………………………………………………………

JE SOUSSIGNE(E) (nom, prénom)…………………………………………………………

CAUTION

Nom, Prénom :………………………………………………………………………………..

Adresse :………………………………………………………………………………………

Date de la signature du contrat de séjour :………………………………………………..

A cette date, le prix de la journée est fixé à :……………………………………………….

Ce prix est révisé et fixé chaque année par un arrêté du président du conseil départemental.

Après avoir pris connaissance du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, le signataire du présent engagement déclare se porter caution solidaire jusqu’au départ du résident \_ sous réserve que ledit contrat de séjour ne soit pas résilié avant cette date, auquel cas l’engagement s’éteindrait à la fin de cette résiliation, et s’engage à ce titre, au profit de l’établissement, à payer les frais de séjour (tels qu’arrêtés chaque année par arrêté du président du conseil général) ainsi que les frais éventuels de remise en état des locaux et biens mis à la disposition du résident pendant son séjour.

La personne caution doit recopier de sa main la mention ci –après :

« Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion, jusqu’au départ du résident, sous réserve que le contrat de séjour ne soit pas résilié avant cette date, et je m’engage à ce titre au profit de l’établissement à payer les frais de séjour, révisés et fixés chaque année, ainsi que les frais éventuels de remise en état des locaux et biens mis à disposition. Je confirme avoir une entière connaissance de la nature et de l’étendue de mon engagement. »

|  |
| --- |
|  |

Fait à…………………………………., le………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| La personne caution(nom prénom) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature*« Bon pour accord »* | Directeur ou son représentant(nom prénom) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature*« Bon pour accord »* |

Paiement des frais de séjour pendant une hospitalisation

Je soussigné(e)(nom, prénom)……………………………………………………………………..

 ☐ M’engage à payer les frais de séjour diminués du forfait hospitalier pendant l’hospitalisation de

Monsieur ou Madame……………………………………………………….

Lien de parenté………………………………………………………………

Hospitalisé(e) quelle que soit la durée.

 ☐ Refuse de payer les frais de séjour pendant l’hospitalisation de

Monsieur ou Madame……………………………………………………….

Lien de parenté ………………………………………………………………

De ce fait, le lit devient automatiquement disponible pour l’établissement.

En l’absence de réponse, le lit sera automatiquement occupé.

Fait à…………………………………., le………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| La personne (nom prénom) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature | Directeur ou son représentant(nom prénom) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature |

Responsabilités respectives de l’établissement et du résident pour les biens et objets personnels

Le fait de conserver dans la chambre des valeurs étant vivement déconseillé, la responsabilité de l’établissement ne saura être engagée en cas de perte, vol ou disparition.

Il est donc prudent de déposer auprès du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_les valeurs et bijoux, un inventaire des biens et objets de valeurs sera réalisé dont un double vous sera transmis.\*

Pour récupérer vos biens, il vous suffit de (définir les modalités)

Fait à…………………………………., le………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Résident ou son représentant légal(nom prénom) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature | Directeur ou son représentant(nom prénom) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature |

Liste des professionnels de santé intervenant dans l’établissement, (Appréciation de l’établissement soit livret d’accueil soit dans le règlement de fonctionnement soit dans le contrat de séjour)

CONTACTS ET RENSEIGNEMENTS



|  |
| --- |
| Site de Besançon : 26 rue Proudhon - 25000 BESANCONSite de Dijon : Site de La Chartreuse 1 Boulevard Chanoine Kir 21000 DIJONrequa@requa.fr - 03 81 61 68 10requa-dijon@requa.fr - 03 80 42 55 40requams@requa.fr - 03 81 61 68 18 Site Internet : [www.requa.fr](http://www.requa.fr) |

1. [↑](#footnote-ref-1)