

# Contrat de séjour

## ACCUEIL DE JOUR UNITE ALZHEIMER

### PREAMBULE

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. Ils peuvent, lors de la signature, se faire accompagner de la personne de leur choix et font connaître à l'établissement le nom et les coordonnées de la personne de confiance au sens de l'article L.1111-6 du Code de la Santé, s'ils souhaitent en désigner une.

Si la personne prise en charge ou son représentant légal refuse la signature du présent contrat, il est procédé à l'établissement d'un document individuel de prise en charge, tel que prévu à l'article 1 du décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004.

L'association « Les Jardins », dispose d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.) de 112 places. L'association gestionnaire est inscrite au registre des associations du Tribunal d'Instance de Sarrebourg et régit par les articles 21 à 79 du Code Civil local, maintenus par les lois d'introduction de la législation civile française du 1er février 1924, ayant son siège social à 57403 SARREBOURG CEDEX- Rue des Maraîchers - B.P. 90116.

L'association « Les Jardins » est habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et conventionnée au titre de l'aide personnalisée au logement.

Le présent contrat est conclu entre les soussignés :

- L'association " LES JARDINS", établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dont le siège social est situé rue des Maraîchers à 57403 SARREBOURG,  
Représentée par Monsieur Patrick FLORANT, Directeur,  
Dénommé ci-après « **l'établissement** »

d'une part,

et

- **NOM, Prénom, épouse NOM, né(e) le .././..**  
dénommé ci-après « **le résident** »  
le cas échéant assisté par :  
*NOM, Prénom, Lien de parenté,*  
*Adresse,*

D'autre part,

Il est convenu :

Un contrat à compter du ../. /... . à durée indéterminée ;

Un contrat à compter du ../. /... au ../. /... à durée déterminée ;

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

---

L'établissement accueille toute personne présentant une pathologie de type Alzheimer ou apparentée.

L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement après :

- examen du dossier de demande d'admission (administratif et médical),
- avis d'un des médecins coordonnateurs ;
- entretien du résident avec la direction et visite de l'unité par le résident (si possible).

## **II. OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE**

---

L'association les Jardins, à travers ses différentes équipes de professionnels, s'est fixée pour objectifs notamment de créer un environnement permettant d'améliorer le maintien de la socialisation, l'appropriation et la personnalisation des lieux de vie, de faciliter les conduites autonomes, de maintenir l'autonomie et les acquis des personnes âgées dépendantes. D'assurer aux personnes la meilleure sécurité médicale et environnementale possible.

Tous ces objectifs seront définis lors de l'élaboration du projet de vie personnalisée par l'équipe pluridisciplinaire avec le résident lui-même et sa famille ou ses proches si nécessaire.

Une évaluation de ce projet de vie sera réalisée tous les 6 mois, un avenant au présent contrat pourra être établi si besoin.

## **III. SPECIFICITES DE L'UNITE ALZHEIMER**

---

Cette unité est réservée à des personnes âgées présentant des pathologies de type Alzheimer ou apparentées valides.

Le médecin coordonnateur et l'équipe soignante aura pour mission notamment d'évaluer et d'analyser les éléments médicaux de nature à permettre la meilleure prise en charge possible.

## **IV. DESCRIPTION DES PRESTATIONS**

---

Les modalités et les conditions de fonctionnement sont définies dans le règlement de fonctionnement de l'établissement remis au résident avec le présent contrat.

### **La restauration**

L'établissement assure les repas du petit-déjeuner, déjeuner, goûter et dîner.

Tous les repas sont pris dans la salle à manger au rez-de-chaussée.

L'établissement assure la totalité de la fourniture de la nourriture et de la boisson pour tous les repas.

L'établissement assure également les repas pour les invités. Les modalités sont précisées dans le règlement de fonctionnement. Le prix des repas est fixé par le directeur et affiché à l'accueil.

Les repas sont adaptés à la personne âgée, dans leur composition et dans leur consistance (mouliné, coupé, sans sel...).

### **Autres prestations**

#### *Kinésithérapeute :*

Sur prescription médicale, le masseur kinésithérapeute est à disposition du résident qui le souhaite. Les interventions du kiné se font soit en chambre, soit dans la salle de kiné des établissements en fonction des besoins.

#### *Salon de coiffure :*

L'établissement est équipé de deux salons de coiffure, ouverts 3 fois par semaine, dont les prestations sont assurées par un coiffeur extérieur. Les prix affichés dans le salon sont à la charge du résident.

#### *Pédicure :*

Les soins de pédicure sont assurés par des prestataires extérieurs qui viennent régulièrement dans l'établissement. Ils sont à la charge du résident.

#### *Boutique :*

Dans le hall de l'établissement une boutique est à votre disposition, le règlement et les commandes éventuelles se font à l'accueil.

### **Soins médicaux**

Tout résident garde son médecin traitant. Les soins dispensés lors de son accueil de jour dans l'unité Alzheimer par l'équipe pluridisciplinaire reste sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'unité. Si le résident prend des médicaments durant son séjour dans l'unité, il doit fournir aux infirmières l'ordonnance de son médecin traitant ainsi que les dits médicaments.

### **Aides à l'accomplissement des actes essentiels de la vie**

L'ensemble du personnel médical, paramédical et non médical de l'établissement accompagne et aide le résident selon ses besoins dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie (alimentation, toilette, habillage/déshabillage, déplacements, incontinence etc...).

## **V. CONDITIONS FINANCIERES**

---

### **Prix de journée**

Le prix de journée est payé à mois échus, il est fixé par le Comité de direction de l'association et révisable chaque année.

## **VI. CONDITIONS DE RESILIATION DU CONTRAT**

---

### **A l'initiative du résident**

Tout résident accueilli en accueil de jour peut résilier ce présent contrat sans préavis.

### **A l'initiative de l'association**

- en cas de comportement non compatible avec les règles de la vie en collectivité, notamment celles formulées dans le règlement de fonctionnement, la direction peut procéder à l'exclusion du résident. Le résident (ou sa famille) sera prévenu par lettre recommandée avec AR.
- en cas de défaut de paiement par le résident, et lorsque toutes les solutions possibles auront été analysées celui-ci sera prévenu par lettre recommandée avec AR.

## **VII. RESPONSABILITES RESPECTIVES**

---

L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des sommes d'argent, titres et objets de valeur détenus par le résident.

Les règles relatives aux biens et aux objets personnels, sont détaillées dans le règlement de fonctionnement de l'établissement.

Par la signature du présent contrat, le résident a pris connaissance de ce dernier et du règlement de fonctionnement de l'établissement.

Fait à Sarrebourg, le .. / . /... .

Le résident,

le représentant,

L'établissement,

## **PRESTATIONS PROPOSEES PAR L'ETABLISSEMENT EN DEHORS DU PRIX DE JOURNEE**

- Repas invités
  - o Midi la semaine 10 euros
  - o Midi le week-end 12 euros
  - o Soir 7 euros
- Sortie payante : participation de l'association à hauteur de 50 %
- Boutique : prix coûtant en fonction du produit
- Bar :
  - o Café : 0.50 euros
  - o Boissons : 1 euros

## **PRESTATIONS PROPOSEES PAR DES PRESTATAIRES EXTERIEURS**

- Pédicure : suivant soins pratiqués
- Coiffeur : prix affichés dans le salon de coiffure
- Association de transport de personnes âgées
  - o abonnement : pris en charge par l'association les Jardins
  - o la course : 1 euros

**Association "Les Jardins"**  
**Rue des Maraîchers – BP 90116**  
**57403 SARREBOURG CEDEX**

Madame, Monsieur,

Vous êtes résident(e) de l'association "Les Jardins".

Vous souhaitez être accompagné(e) dans vos démarches durant votre séjour.

La loi du 4 mars 2002 vous autorise à désigner une personne de confiance.

Cette personne de confiance est librement choisie par vous-même, ce peut être un parent, un proche, ou votre médecin traitant.

La mission de cette personne de confiance est définie par vous-même. Elle pourra selon votre souhait :

- éventuellement vous accompagner pour toutes vos démarches au sein de l'association "Les Jardins"
- assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos décisions pour consentir à des actes médicaux.
- **La personne de confiance pourra aussi être consultée par le médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer vous-même votre volonté et de recevoir l'information.**

**Important :**

En aucun cas, nous n'autoriserons la personne de confiance à accéder à votre dossier médical en dehors de votre présence et sans votre accord exprès.

**Comment désigner la personne de confiance ?**

- vous devez le faire par écrit,
- cette désignation est valable pour toute la durée de votre séjour, sauf choix contraire de votre part,
- vous pourrez à tout moment révoquer ce choix.

**Personne de confiance et personne à prévenir :**

Lors de votre séjour, on vous demande d'indiquer la personne à prévenir en cas de besoin. Cette personne à prévenir peut être distincte de la personne de confiance. La personne de confiance est désignée par écrit signé de votre part et à vocation à être présente à vos côtés chaque fois que vous le souhaitez.

**DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE  
EN APPLICATION DE LA LOI DU 4 MARS 2002**

Je soussigné(e) ..... résident(e) de l'association "Les Jardins", désigne Madame, Monsieur ..... en tant que personne de confiance.

J'autorise Madame, Monsieur ..... à m'accompagner dans mes démarches, à assister aux entretiens médicaux. J'ai bien noté que Madame, Monsieur ..... pourra être consulté(e) par le médecin responsable au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale.

La désignation de Madame, Monsieur, ....., en qualité de personne de confiance est valable pour la durée de mon séjour.

Fait à ....., le .....  
Signature de la personne de confiance,

Fait à ....., le .....  
signature du résident

*Je décide de révoquer la désignation de Madame, Monsieur, ....., en qualité de personne de confiance.*

**La personne de confiance est distincte de la personne à prévenir, qui est :**

Monsieur, Madame ou Mademoiselle .....