NOM, Prénom : .....

EHPAD : .....

Chambre n° : .....

Contrat de séjour

Centre Hospitalier de La Ciotat
Boulevard Lamartine
13708 La Ciotat Cedex
☎ **04.42.08.76.00**
04.42.08.01.09
direction@ch-laciotat.fr

EHPAD Le Rayon De Soleil
Avenue de La Paix
13600 LA CIOTAT
☎ 04.42.08.76.09
04.42.08.76.23
ehpad.lerayondesoleil@ch-laciotat.fr

EHPAD Lou cigalou
Quartier Pareyraou
13600 LA CIOTAT
☎ 04.42.98.01.70
04.42.98.01.79
ehpad.lecigalou@ch-laciotat.fr

Sommaire

SOMMAIRE 2

PRÉAMBULE 3

CE CONTRAT DE SÉJOUR EST CONCLU ENTRE : 4

PARTIE I : LES MODALITÉS D'ADMISSION 5

Article 1 : Les conditions d'admission 5
Article 2 : Cadre d'action 5
Article 3 : Durée du séjour 5

PARTIE II : LES PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT 6

Article 4 : Logement, équipements et entretien 6
Article 5 : Eau, gaz et électricité 6
Article 6 : Téléphone et appareils électriques 6
Article 7 : Animaux domestiques 7
Article 8 : Tabac 7
Article 9 : Assurance en responsabilité civile 7
Article 10 : Restauration 7
Article 11 : Le linge et son entretien 8
Article 12 : Autres prestations gratuites 8

PARTIE III : PRISE EN CHARGE DU RÉSIDENT 9

Article 13: Aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie 9
Article 14 : Projet personnalisé d'accompagnement et Objectifs de prise en charge 9

PARTIE IV : LES CONDITIONS FINANCIÈRES 11

Article 15 : Soins et surveillance médicale et paramédicale 10
Article 16 : Dépôt de garantie 11
Article 17 : Facturation 11
Article 18 : Aide sociale 12
Article 19 : Les conditions particulières de facturation 12

PARTIE V : LES CONDITIONS DE RÉSILIATION DU CONTRAT 13

Article 20 : Droit de rétractation 13
Article 21 : Résiliation à l'initiative du résident 13
Article 22 : Résiliation pour inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil de l'établissement 13
Article 23 : Résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité 14
Article 24 : Résiliation pour défaut de paiement 14
Article 25 : Résiliation pour décès 14

ANNEXES 16

Annexe 1 : Consentement au séjour en EHPAD 17
Annexe 2 : Prix de journée et tarifs des prestations 18
Annexe 3 : Fiche d'autorisation d'appels téléphoniques en cas d'incident 19
Annexe 4 : Liberté d'aller et venir du résident 20-21
Annexe 5 : Trousseau 22
Annexe 6 : Droit à l'image 23
Annexe 7 : Personne de confiance 24
Formulaire de désignation de la personne de confiance 25
Annexe 8 : Directives Anticipées 26-27
Mes directives anticipées - Modèle A 28-29
Mes directives anticipées - Modèle B 30-31
Directives anticipées - cas particuliers : attestation témoin 32
Modification ou annulation de mes directives anticipées 33

Préambule

◊ A QUI S'ADRESSE L'ÉTABLISSEMENT ?

Le « **Rayon de Soleil** » et « **Le Cigalou** » à La Ciotat sont des **Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)** accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie de plus de 60 ans nécessitant une prise en charge spécifique et un suivi médical et paramédical.

Nos deux EHPAD sont **habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale** pour la totalité de leur capacité d'accueil soit 65 lits au Cigalou et 87 lits au Rayon de Soleil. Ils accueillent en priorité les personnes originaires de leur bassin de population ou dont les proches résident dans son secteur géographique.

◊ QU'EST-CE QU'UN CONTRAT DE SÉJOUR ET À QUOI SERT-IL ?

Le contrat de séjour est prévu par les articles L311-4 et D311 du Code de l'action sociale et des familles. Il détermine les modalités de prise en charge du résident compte tenu de sa situation particulière et du projet d'établissement. **Il met en perspective les droits et les obligations des deux parties au contrat : l'établissement et le futur résident.**
Seront alors précisés la durée, les objectifs, les conditions de séjour et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques ainsi que des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'Etablissement.

Le contrat est établi avec la participation du résident et ne peut pas contrevenir aux décisions administratives, judiciaires, médicales prises par les autorités. Il doit être **signé par les deux parties**.
En cas de mesure de protection juridique, les droits de la personne hébergée sont exercés dans les conditions prévues par le code civil.

Lors de la conclusion du contrat de séjour, le résident ou son représentant légal peut être **accompagné de la personne de son choix**. Le directeur de l'établissement, ou son représentant, recherche, chaque fois que nécessaire le consentement de la personne à être hébergée. En cas de difficulté, le juge ou le conseil de famille (s'il a été constitué) statue.

La personne accueillie a été informée de la possibilité de **désigner une personne de confiance**, conformément au décret n° 2016-1163 du 18 octobre 2016 et se verra remettre au moment de la visite de préadmission ou de son entrée dans l'établissement une notice d'information.

◊ QUE SE PASSE-T-IL SI JE REFUSE DE SIGNER LE CONTRAT DE SÉJOUR ?

En cas de refus de signer un contrat de séjour, l'établissement remet au résident un **document individuel de prise en charge**. Le présent contrat doit être remis au résident dans les 15 jours suivants son admission et signé en deux exemplaires par l'établissement et le résident (ou son représentant légal) dans le mois qui suit.

◊ COMMENT SE RÈGLENT LES CONFLITS LIÉS À SON APPLICATION ?

L'établissement, avant tout recours juridictionnel, privilégiera la discussion et la médiation.

Ce contrat de séjour comprend notamment en annexe les tarifs et conditions de facturation de l'année ainsi que plusieurs autorisations individuelles à compléter et signer.

CE CONTRAT DE SEJOUR EST CONCLU ENTRE :

❑ **L'EHPAD « Le Rayon de Soleil »**
❑ **L'EHPAD « Lou Cigalou »**

Représenté par son directeur en fonction, dénommé ci-après « **L'ETABLISSEMENT** »

Et d'autre part, la personne hébergée, admise à occuper une chambre à l'EHPAD et dénommée ci-après « **LE RESIDENT** ».

M. ou Mme .....

Né(e) le : .....

Adresse précédente : .....

.....

Accompagné(e) le cas échéant d'un membre de sa famille, ci-dessus dénommé par son lien de parenté (fils, fille, petit-fils, petite fille…) :.....

OU, LE CAS ÉCHÉANT, REPRÉSENTÉ(E) PAR SON REPRÉSENTANT LÉGAL (TUTEUR OU CURATEUR) :

M. ou Mme .....

Né(e) le : .....

Demeurant : .....

.....

Dénommé ci-après « **LE REPRESENTANT LEGAL** »

En vertu d'une décision de tutelle-curatelle-sauvegarde de justice par le tribunal d'instance de : ..... (joindre photocopie du jugement).

Il est convenu ce qui suit, étant entendu que toute modification fera l'objet de la signature d'un avenant annexé au présent contrat.

Le présent contrat est établi pour une durée indéterminée à compter du : .....

Partie I :
Les modalités d'admission

Article 1 : Les conditions d'admission

L'admission sera prononcée par le **Directeur**, **après avis du médecin coordonnateur** des EHPAD et de la commission d'admission. En effet, selon le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005, le médecin coordonnateur donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution notamment en procédant à une visite de préadmission.

Le résident devra constituer un **dossier d'admission nominatif** comprenant :

- ⇒ Pièces d'identité (livret de famille, CNI, extrait d'acte de naissance…) ;
- ⇒ Carte d'immatriculation à une caisse d'assurance maladie ;
- ⇒ Carte de mutuelle ;
- ⇒ Justificatifs des ressources et des biens (titres de pensions, avis d'imposition…) pour les personnes demandant l'aide sociale ;
- ⇒ Identité, adresses et numéros de téléphone des personnes à prévenir, ainsi que de l'ensemble des enfants ;
- ⇒ La copie du jugement du tribunal d'instance, en cas de mise sous curatelle, sous tutelle ou sous sauvegarde de justice ;
- ⇒ La copie de la quittance d'assurance responsabilité civile personnelle ;
- ⇒ Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- ⇒ Le contrat de séjour et ses annexes dûment remplis ;
- ⇒ L'avis d'attribution de l'APA (pour les personnes résidents hors Bouches-du-Rhône).

Article 2 : Cadre d'action

L'objectif majeur de l'accompagnement est de **recréer un espace de vie agréable** pour le résident, tout en étant adapté aux besoins et souhaits de chacun. La mission de l'établissement est d'assurer à la personne accueillie les soins nécessaires à son bien-être physique et psychique, et de favoriser son autonomie, dans le respect de ses droits et libertés.
Pour ce faire, l'établissement s'appuie sur une organisation qui :

- ⇒ assure la continuité et la cohérence de son action auprès de chaque résident.
- ⇒ s'attache à discerner l'intérêt de la personne à partir d'une évaluation pluridisciplinaire régulière de sa situation.
- ⇒ soutient les relations familiales et la mobilisation des acteurs de santé choisis par la personne.
- ⇒ alimente son action d'un souci déontologique permanent

L'ensemble des échanges entre les professionnels s'inscrit dans le cadre du partage d'informations à caractère secret autorisé par la loi.
La personne accueillie en est informée. Le résident s'engage de son côté à **respecter le règlement de fonctionnement** de l'établissement et à se conformer aux devoirs de la vie en collectivité.

Article 3 : Durée du séjour

Le présent contrat est prévu pour une **durée indéterminée**. La date d'entrée du résident est fixée d'un commun accord entre les parties. Elle correspond à la date de départ de la facturation.

Partie II : Les prestations assurées par l'établissement

Les modalités et les conditions de fonctionnement sont définies dans le règlement de fonctionnement de nos deux EHPAD.
Il est fourni au résident ou à son représentant légal au moment de l'admission. Il est également disponible et consultable à l'accueil de l'EHPAD sur simple demande.

Article 4 : Logement, Equipements et Entretien

Nos établissements proposent des chambres individuelles et des chambres doubles (uniquement au Cigalou). Certaines de ces chambres sont équipées d'un balcon.

A noter, la chambre n'est pas attribuée à titre définitif. Elle est affectée en fonction de l'état de santé du résident et de l'éventuelle nécessité d'appareillages spécifiques (manutention, gaz médicaux…).

L'établissement se réserve donc le droit de vous attribuer une nouvelle chambre en fonction de l'évolution de votre état de santé et/ou des contraintes inhérentes à l'organisation de l'établissement.

Un **état des lieux contradictoire** sera réalisé par un agent de l'Etablissement à l'arrivée du résident, en présence de celui-ci et/ou de son représentant légal.
D'une manière générale, dans le cadre des droits et libertés reconnus aux usagers, et dans le respect des règles de sécurité avec l'accord préalable des services techniques, **le résident peut amener son mobilier**, sous réserve qu'il soit matériellement possible de l'installer dans sa chambre. Dans ce cas, une **remise en état des lieux** devra être effectuée au départ et aux frais du résident.

Dans chacun des deux EHPAD, la chambre comprend :
- Un lit
- Une table de chevet
- Une commode bureau
- Un placard à vêtements
- Un fauteuil
- Une prise TV
- Un système d'appel malade relié au personnel paramédical
- Une salle de douche

L'établissement ne fournit pas de téléviseur.
Celui-ci peut toutefois être amené par le résident s'il le souhaite.

Selon la fréquence qu'il définit, l'Etablissement assure l'entretien du logement (ménage, réparation…)

Article 5 : Eau, gaz, électricité

Les charges afférentes aux consommations d'eau, de gaz et d'électricité sont **comprises dans les frais d'hébergement** dus par le résident et ne font l'objet d'aucun supplément.

Article 6 : Téléphone et Appareils Electriques

L'obtention d'une ligne téléphonique ou d'un accès internet se fait **aux frais du résident** qui en effectue la demande auprès d'un opérateur téléphonique ou internet.
Tout appareil électrique (télévision, décodeur…) doit être systématiquement **vérifié par un agent du service technique** avant de pouvoir être branché.
Leur entretien et éventuelles réparations restent strictement à votre charge.

Si un réfrigérateur est installé dans la chambre, son entretien et la surveillance des dates de péremption des produits qu'il contient appartiennent au résident ou à sa famille.

Article 7 : Animaux domestiques

Nos amis les animaux **ne sont pas autorisés à séjourner dans nos locaux** mais sont admis en visite au sein de l'Etablissement.

Article 8 : Tabac

Le règlement de fonctionnement stipule qu'il est **interdit de fumer dans nos établissements** (personnels, visiteurs et résidents), ceux-ci ne disposant pas de salle dédiée aux fumeurs. Ces derniers ont toutefois la **possibilité de fumer à l'extérieur**, sur les terrasses où des cendriers sont mis à leur disposition.
Le non-respect de cette clause entraine la responsabilité du fumeur.

Article 9 : Assurance en responsabilité civile

Pour les dommages dont il peut être la cause, et éventuellement la victime, il est demandé à chaque résident de **souscrire une assurance en responsabilité civile** au moment de son entrée dans la structure.
Il devra justifier de cette adhésion chaque année auprès de l'Etablissement. Pour ce qui le concerne, l'Etablissement dispose de ses propres assurances.

La chambre du résident est considérée comme son domicile privé, il a donc toute liberté pour y garder son argent, ses bijoux ou tout autre objet de valeur.
Cependant, **la responsabilité de l'Etablissement ne pouvant être engagée en cas de pertes, vols ou disparitions, il est fortement conseillé de ne pas laisser d'objets de valeur dans les chambres**.
Les objets de valeurs peuvent également être confiés à l'Etablissement conformément aux articles L.1113-1 à L.1113-10 et R.1113-1 à R.1113-9.

Le résident ou son représentant légal, certifie par la signature du présent contrat, avoir reçu l'information écrite et orale obligatoire sur les règles relatives aux biens et objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'Etablissement en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens.

Article 10 : Restauration

Celle-ci est **assurée par l'Etablissement**. Les repas sont servis en salle à manger ou en chambre, si l'état de santé du résident le justifie (avis médical et paramédical). Les horaires des repas sont les suivants :

Au Rayon de Soleil : les petits déjeuners sont servis en chambre **à partir de 7h** et les déjeuners et dîners sont servis en salle à manger, **à partir de 12h et 18h15**.
Une collation est proposée dans la journée vers 15h. Une tisane peut également vous être proposée le soir.

Au Cigalou : les petits déjeuners sont servis en chambre **à partir de 7h30** et les déjeuners et dîners sont servis en salle à manger **à 12h et 18h30**.
Une collation est proposée dans la journée vers 15h30. Une tisane peut également vous être proposée le soir.

Si les résidents le souhaitent, leurs familles peuvent prendre leurs repas avec leurs proches à condition de réserver auprès du secrétariat de l'Etablissement au moins 48h à l'avance. Le tarif est affiché à l'accueil de chacun des deux EHPAD.

Article 11 : Le linge et son entretien

Les draps, couvertures et linges de table sont fournis par l'Etablissement. Les résidents peuvent, toutefois, utiliser leurs propres couvertures, sous réserve de leur conformité à la norme anti-feu.
L'ensemble du linge courant (linge personnel et linge de toilette) **doit être fourni par le résident** mais est entretenu par l'Etablissement sauf pour le nettoyage à sec (soie, laine…). Cet entretien est compris dans le prix du séjour.

Afin de vous aider à constituer votre trousseau, une liste a été établie, disponible dans le dossier de demande d'admission qui vous a été remis et annexée au présent contrat.
Ce trousseau doit être identifié au nom et prénom du résident, par des bandes tissées et cousues (y compris pour le linge dont l'entretien reste à la charge des familles).
L'identification sera de couleur rouge pour le Rayon de Soleil et de couleur bleue pour le Cigalou.
Le trousseau devra être renouvelé au fur et à mesure des besoins de la personne hébergée (perte d'autonomie, variation de poids…).

Article 12 : Autres prestations gratuites

Un salon de coiffure est à la disposition des résidents. Les horaires sont affichés à l'accueil.
Des **animations collectives** sont organisées par l'établissement suivant un programme mensuel.
Chaque résident est libre d'y prendre part. La participation des familles est vivement encouragée et souhaitée. **Attention, les prestations de pédicure restent toutefois à la charge du résident.**

Partie III :
Prise en charge du résident

Article 13 : Aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie

L'article D.311-4 du Code de l'action sociale et des familles précise que les établissements et services sociaux et médico-sociaux, ont pour mission l'accueil de la personne âgée, son assistance dans les actes de la vie quotidienne.

De plus, la personne âgée peut prétendre bénéficier d'une « *prise en charge et un accompagnement individualisés de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché* ».

Les aides qui peuvent être apportées à la personne hébergée 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 voire le développement de l'autonomie.

Article 14 : Projet personnalisé d'accompagnement et Objectifs de prise en charge

Les équipes de l'établissement travaillent en vue du maintien de l'autonomie de la personne hébergée et lui proposent un accompagnement individualisé.
Pour se faire, l'établissement désignera un professionnel référent de la personne accueillie. Ce référent viendra se présenter au résident dans les jours suivant son entrée et restera un interlocuteur privilégié tout au long du séjour pour le résident et sa famille.
Il sera chargé de coordonner le projet d'accompagnement personnalisé. Celui-ci prendra la forme d'un avenant annexé au contrat de séjour et établi, en équipe pluridisciplinaire, dans les six mois suivant sa signature.

Le projet personnalisé d'accompagnement précise les **objectifs et les prestations adaptées à la personne** hébergée. Ceux-ci sont actualisés chaque année et établis avec le résident (ou son représentant légal) et après évaluation de ses attentes et de ses besoins.
Ce projet sera signé par le résident ou son représentant légal ainsi que par le médecin coordonnateur, le directeur de l'Etablissement (ou son représentant) et le personnel référent et annexé au présent contrat sous forme d'avenant.

L'établissement se réserve le droit de solliciter une mesure de protection judiciaire pour tout résident dont l'état de santé le justifierait.

ARTICLE 15 : SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

L'Etablissement assure une **permanence 24 heures sur 24** par la présence de personnels de nuit et d'un système d'appel malade.

Conformément à la réglementation en vigueur (Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005) l'Etablissement dispose d'un médecin coordonnateur.

Sous la responsabilité et l'autorité administrative du responsable de l'Etablissement, il est notamment chargé :

- Du projet de soins, en lien avec l'équipe soignante, ainsi que de sa coordination avec les prestataires de santé externes qui interviennent auprès des résidents : professionnels de santé libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique, services d'hospitalisation à domicile…
- De veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels.
- De l'organisation de la permanence des soins, en particulier la nuit et le week-end.
- Des admissions : il donne son avis sur la possibilité d'admettre un nouveau résident en tenant compte des possibilités offertes par l'établissement.
- Du dossier médical du résident où figurent les mesures médicales et thérapeutiques individuelles adoptées par l'équipe soignante.
- D'évaluer l'état de dépendance et le besoin en soins des résidents (grille AGGIR).
- De la rédaction, avec le concours des équipes soignantes, du rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'Etablissement.

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 résidents de l'Etablissement. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) en charge de la dispensation des médicaments prescrits au résident. Il est donc formellement interdit, à toute personne, d'introduire des médicaments, compléments alimentaires, vitamines… au sein de la structure.
Pendant tout le séjour au sein de l'Etablissement ou en cas d'absence pour convenance personnelle, le résident ne pourra pas récupérer son traitement auprès d'une officine de ville. La prescription médicale incombant à la PUI.

Les résidents du Cigalou ont le libre choix de leur médecin traitant à condition que celui-ci ait signé un contrat d'intervention avec l'Etablissement. Il en va de même pour les kinésithérapeutes. Les honoraires de ces professionnels de santé extérieurs à l'EHPAD sont **à la charge du résident** et remboursés par l'assurance maladie et le régime complémentaire.
Pour Le Rayon de Soleil, le médecin traitant et le kinésithérapeute sont salariés de la structure. Les honoraires médicaux sont donc à la charge de l'Etablissement et non du résident.

Si le résident a désigné une **personne de confiance** (cf. formulaire de désignation de la personne de confiance joint en annexe), celle-ci peut assister aux entretiens médicaux afin d'aider la personne hébergée dans ses décisions.
Une fiche d'autorisation permettant de joindre un membre de la famille à tout moment en cas d'événement grave est jointe en annexe. Cette personne sera chargée de faire le relais avec les autres membres de la famille.

Partie IV : Les conditions financières

Article 16 : Dépôt de garantie

Aucune somme n'est réclamée au titre d'un dépôt de garantie, ni au moment de la réservation à titre d'arrhes ou d'acompte.

Article 17 : Facturation

Le prix de journée est fixé annuellement par arrêté du président du Conseil Départemental pour la dépendance et l'hébergement. **Les décisions tarifaires et budgétaires annuelles des autorités de tarification s'imposent à l'établissement comme à chacune des personnes qu'il accueille**. Les tarifs en vigueur l'année de l'entrée du résident dans l'Etablissement sont annexés au présent contrat.

La facturation prendra effet au jour de l'entrée, quelle que soit l'heure d'arrivée dans l'Etablissement. Le règlement des frais de séjour s'effectue mensuellement à terme échu.

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.

Dépendance

Le tarif dépendance représente la **participation au financement de l'ensemble des prestations** d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et qui ne sont pas liés aux soins. En fonction de leur autonomie (évaluée à partir de la grille AGGIR), les personnes hébergées peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée directement à l'établissement par le Conseil départemental (exemples : Bouches-du-Rhône et Var) ou au résident (exemple : Rhône).

Soins

Les frais liés aux soins sont **financés par une dotation globale** et n'entrent pas dans le cadre de la facturation du séjour. L'Etablissement prend en charge les spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux du résident. Un arrêté en fixe la liste (pansements, fauteuils roulants, déambulateurs…).
Cependant, en fonction des prescriptions médicales, quelques spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux resteront à la charge de la personne accueillie.

Article 18 : Aide Sociale

L'Etablissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale. Le résident pourra demander à **bénéficier de l'Allocation Logement à caractère Social** (ALS) sous réserve de certaines conditions de ressources.

Dès que l'admission à l'aide sociale est notifiée par le président du Conseil Départemental, le résident (ou son représentant légal) est tenu de reverser, au trésorier principal de l'Etablissement, l'intégralité de ses revenus (à l'exception de la retraite de l'ancien combattant et des pensions liées aux distinctions honorifiques).
Le résident perçoit alors mensuellement, au titre de l'argent de poche, 10 % de ses ressources (hors allocation logement ou aide personnalisée au logement) avec un minimum mensuel garanti (pour les résidents dépendant du Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône). Cette somme est versée mensuellement par le Trésorier Principal de l'Etablissement.

Attention, dans l'attente de la décision de prise en charge à l'Aide Sociale, le résident s'engage à verser 90 % de ses revenus (à l'exception de la retraite de l'ancien combattant et des pensions liées aux distinctions honorifiques et hors allocation logement).

En cas d'absence pour hospitalisation :

- Durant une hospitalisation inférieure à 31 jours, les frais de séjour sont réglés par le département. Le forfait hospitalier est pris en charge par le résident (ou sa mutuelle).
- En cas d'hospitalisation supérieure à 31 jours, les frais de séjour ne sont pas réglés par le Département.

Article 19 : Les conditions particulières de facturation

Absence pour convenance personnelle

Le résident doit en informer par écrit l'accueil de l'EHPAD au moins 48 heures auparavant.
Le tarif dépendance est retiré dès le premier jour (pour les résidents payants). Selon l'article R.314-204 CASF, à partir de 72 heures d'absence, le tarif hébergement est diminué du montant du forfait hospitalier.

Absence pour hospitalisation

Durant une hospitalisation, le tarif dépendance est retiré dès le premier jour (pour les résidents payants). Selon l'article R.314-204 CASF, à partir de 72 heures d'absence, le tarif hébergement est diminué du montant du forfait hospitalier.
La chambre reste inoccupée et réservée jusqu'au retour du résident.

Résiliation du contrat

Lors de la résiliation du contrat, il appartient au résident ou à son représentant de solder les frais de séjour en cours.
En cas de décès, la rupture du contrat de séjour est immédiate et la facturation obéit à la législation suivante (article L314-10-1 CASF) : « *Au décès du résident, dès lors que ses objets personnels ont été retirés des lieux qu'il occupait, seules les prestations d'hébergement délivrées antérieurement au décès mais non acquittées peuvent être facturées.* ».

Partie V : Les conditions de résiliation du contrat

Article 20 : Droit de rétractation

Le résident ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer par le biais d'un écrit adressé au directeur de l'Etablissement, son droit de rétractation dans les 15 jours qui suivent la date d'effet de la réservation ou de l'admission sans qu'aucun délai de préavis ne puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée du séjour effectif.

Article 21 : Résiliation à l'initiative du résident

Le cas échéant, la décision doit être notifiée au directeur de l'Etablissement par lettre recommandée avec accusé de réception. **Le contrat de séjour peut être résilié à tout moment sous réserve de respecter un délai de préavis d'un mois**. Le logement est libéré à la date prévue pour le départ.

A compter de la notification du courrier de résiliation par l'établissement, le résident dispose d'un délai de réflexion de 48 heures pendant lequel il peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif,

Article 22 : Résiliation pour inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil de l'établissement

L'état de santé du résident doit être compatible avec les possibilités d'accompagnement que peut offrir l'établissement. Si l'état de santé du résident ne permet plus son maintien dans l'Etablissement et en l'absence de caractère d'urgence, le résident ou son représentant légal en est avisé par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas d'urgence, le directeur de l'Etablissement prend toute mesure appropriée, en concertation avec les parties concernées, sur avis du médecin traitant ou du médecin coordonnateur de l'Etablissement.
Le résident ou son représentant légal est averti par le directeur de l'Etablissement dans les plus brefs délais, des mesures prises et de leurs conséquences.

Ce contrat définit **trois situations particulières** dont le traitement s'apparente à un cas d'urgence :

1. **Les sorties, à l'insu de l'établissement, répétées** liées à la dégradation de l'état de santé du résident (dont la détermination se fera en accord avec le médecin traitant de la personne âgée et de ses représentants officiels) ;
2. **Les violences répétées** sur les personnels ou les autres résidents, liées à la dégradation de l'état de santé.
3. **D'un besoin médical nouveau à caractère irréversible**, qui nécessite des personnels qualifiés 24h/24 et des actes techniques d'ordre médical qui, dans ces deux cas, relèvent désormais d'une structure hospitalière adaptée. Ce besoin médical est établi, par écrit, en accord et en parfaite harmonie entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le médecin traitant du résident.

Article 23 : Résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité

Cette incompatibilité peut s'exprimer de différentes manières qui sont définies par les textes en vigueur, et notamment dans le cas de violences et/ou de manquements graves ou répétés au règlement de fonctionnement.

Les faits doivent être établis et portés à la connaissance du résident et, 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'Etablissement, après consultation du Conseil de la Vie Sociale, ou information de ce conseil lors de la séance qui suit le départ de la personne, et après avoir entendu le résident et/ou, s'il en existe un, son représentant légal, dans un délai de 15 jours.

En cas de critiques régulières écrites de la part d'un résident, de son représentant légal ou de sa famille, et après réponses motivées écrites du directeur, et en l'absence d'accord entre les parties, le contrat pourra être rompu par chacune d'entre elles, selon les modalités habituelles de toute résiliation.

La décision définitive est notifiée au résident et, s'il en existe un, à son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement sera libéré dans un délai de 10 jours après la notification de la décision définitive.

Article 24 : Résiliation pour défaut de paiement

Tout retard de paiement égal ou supérieur à 3 mois est notifié au résident par la Direction et, s'il en existe un, à son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception. Le défaut de paiement doit être régularisé dans un délai de 15 jours à partir de cette notification écrite.
En cas de non-paiement dans le délai imparti pour la régularisation, le logement sera libéré dans un délai de 10 jours.

Article 25 : Résiliation pour décès

En cas de décès, **la famille et/ou le représentant légal sont immédiatement informés**. Le directeur des EHPAD (ou la personne désignée à cet effet) s'engage à mettre tout en œuvre pour respecter les volontés exprimées le cas échéant par le résident ou remises par écrit, sous enveloppe cachetée.

Le logement devra être libéré dans un délai maximum de 3 jours (sauf cas particuliers) à compter de la date du décès.
Dans le cas où le résident serait placé sous tutelle, le tuteur ou la tutrice prend toutes les dispositions nécessaires envers les ayants droit pour procéder à la libération du logement dans ce délai, à savoir dans les 3 jours.

Je soussigné(e) ..... , accueilli(e) au sein de l'Etablissement,

Et/ou son représentant légal ..... ,

Déclare avoir pris connaissance du présent document, « contrat de séjour », et de ses annexes ainsi que du règlement de fonctionnement de l'Etablissement que je m'engage à respecter.

Ce contrat de séjour est établi, et paraphé sur chaque page, en double exemplaire,

Fait à La Ciotat, le .....

Le Directeur ou son représentant

Le résident ou son représentant légal

« Lu et approuvé »

CONSENTEMENT DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Par la présente, je donne mon consentement pour ma prise en charge à l'EHPAD :

Fait le : .....
Signature du résident(e) : .....

Consentement du tuteur ou représentant légal :
Fait le : .....
Signature .....

Annexes au contrat de séjour

I. Sont annexés au présent contrat de séjour les documents suivants :

⇒ Consentement au séjour en EHPAD

⇒ Les prix de journées et tarifs des diverses prestations proposées par l'Etablissement.

⇒ Fiche d'autorisation d'appels téléphoniques en cas d'incidents.

⇒ Annexe relative à la liberté d'aller et venir du résident

⇒ Trousseau

⇒ Le formulaire de droit à l'image.

⇒ Le formulaire des directives anticipées.

⇒ Le formulaire de désignation de la personne de confiance.

⇒ Une copie de l'assurance civile et dommages accidents souscrite par le résident.

⇒ Avenant descriptif des objectifs de prise en charge et des prestations adaptées au résident établi dans les 6 mois suivant l'entrée du résident (document PSI)

II. Sont également annexés au présent contrat :

⇒ Une copie du jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, habilitation familiale ou mandat de protection future dument signée et paraphée.

Sont également remis au résident, en même temps que le présent contrat :

⇒ Le règlement de fonctionnement de l'Etablissement,

⇒ Le livret d'accueil des EHPAD

⇒ La charte des droits et libertés de la personne accueillie

⇒ L'état des lieux de la chambre à remplir au moment de l'entrée dans l'Etablissement avec un membre du personnel.

Annexe 1 :
Coordonnées de la personne en charge des démarches administratives

Cette annexe doit être remplie, dument signée et retournée au secrétariat de l'Etablissement le jour de l'entrée du résident.

DÉMARCHES ADMINISTRATIVES :

Je soussigné(e) :

Nom Marital : ……..

Nom de naissance : ……...

Prénom : ……..

Date et lieu de naissance : ……

Adresse : ……

……..

Lien avec le résident : ……

Numéro de téléphone :

Portable : ……..

Fixe : ……

Adresse mail : …….. @ ……..

J'autorise l'EHPAD à me transmettre des informations (journal des EHPAD, attestations, courriers d'information, etc…) par mail :

☐ **Oui** ☐ **Non**

Annexe 2 : Prix de journée et tarifs des prestations

Prix de journée 2022
(Prix de journée hébergement tout compris)

CIGALOU SECTION VALIDE

	TARIF HÉBERGEMENT	TARIF DÉPENDANCE	TOTAL
GIR 1 et 2	64.27 Euros	18.29 Euros	85.56 Euros
GIR 3 et 4	64.27 Euros	11.61 Euros	75.88 Euros
GIR 5 et 6	64.27 Euros	4.92 Euros	69.19 Euros
Moins de 60 ans	82.77 Euros	15.20 Euros	97.97 Euros

CIGALOU SECTION HANDICAPE

	TARIF HÉBERGEMENT	TARIF DÉPENDANCE	TOTAL
GIR 1 et 2	99.91 Euros	18.20 Euros	118.20 Euros
GIR 3 et 4	99.91 Euros	11.61 Euros	111.52 Euros
GIR 5 et 6	99.91 Euros	4.92 Euros	104.83 Euros
Moins de 60 ans	82.77 Euros	15.20 Euros	97.97 Euros

RAYON DE SOLEIL

	TARIF HÉBERGEMENT	TARIF DÉPENDANCE	TOTAL
GIR 1 et 2	66.30 Euros	18.83 Euros	85.13 Euros
GIR 3 et 4	66.30 Euros	11.95 Euros	78.25 Euros
GIR 5 et 6	66.30 Euros	5.07 Euros	71.37 Euros
Moins de 60 ans	66.30 Euros	17.09 Euros	83.39 Euros

Prix repas accompagnant : 10,29 €[1].

Prix séance pédicurie : 20 € (à régler directement au pédicure).

Salon de coiffure : les prestations sont **gratuites**.

- **Ligne téléphonique :** l'installation de la ligne et les communications sont **à la charge du résident**.

[1] *Tarif applicable du 1er janvier au 31 décembre 2022.*

Annexe 3 : Fiche d'autorisation d'appels téléphoniques en cas d'incidents

Afin de prendre en compte vos attentes et vos souhaits, merci de bien vouloir indiquer, dans cette annexe, votre position en cas de problème, de chute, d'hospitalisation ou de décès.

Nom/Prénom du résident : ……

Nom / Prénom de la personne à prévenir : ……

Lien de parenté : ……

Je souhaite être prévenu à tout moment (jour et nuit) :
o En cas d'urgence vitale (état de santé préoccupant)
o En cas d'urgence relative (état de santé fragilisé mais stable)
o En cas d'incident non urgent et sans conséquence (état de santé stable)

Je souhaite être prévenue uniquement en journée :
o En cas d'urgence vitale (état de santé préoccupant)
o En cas d'urgence relative (état de santé fragilisé mais stable)
o En cas d'incident non urgent et sans conséquence (état de santé stable)

Commentaires
……
……
……
……
……
……
……
……..

Vous pouvez revenir à tout moment sur vos choix.

Fait à La Ciotat, Le ……..

Signature

Initiales

Annexe 4 : Liberté d'aller et venir du résident

La liberté d'aller et venir est un principe de valeur constitutionnelle qui reconnaît à l'individu le droit de se mouvoir et de se déplacer d'un endroit à l'autre.

Cette annexe est un **document à portée individuelle mis en œuvre seulement si la situation du résident le requiert**. Elle a pour objectif d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins individuels du résident 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 dans ce document ne peuvent être prévues que dans l'intérêt du résident, et seulement si elles s'avèrent strictement nécessaires. Elles ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus (article L. 311-4-1 CASF).

S'il le souhaite, le résident et, le cas échéant, la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique ou, après accord du résident, 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 le résident 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.

Article 1er

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 du résident 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 du résident 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.

Article 2

L'examen médical du résident est intervenu le ……..

Il a été réalisé par le docteur Malika VIRAH-SAWMY, médecin coordonnateur de l'établissement.

L'équipe médico-sociale de l'établissement s'est réunie le …….. afin d'évaluer, avec le médecin ayant procédé à l'examen du résident, les bénéfices et risques des mesures envisagées.

Participaient à cette évaluation les personnes suivantes :

ARTICLE 3

Conformément à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, et dans le cadre du soutien à l'exercice de la liberté d'aller et venir du résident, l'Etablissement s'engage à **privilégier les réponses adaptées** face aux risques identifiés pour l'intégrité physique et la sécurité du résident 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 est tenu de rechercher, le consentement du résident 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. Sur la base de l'évaluation pluridisciplinaire, les mesures individuelles et applicables à la situation particulière du résident prises par l'établissement sont retracées dans le tableau ci-dessous, dans lequel le résident exprime son acceptation.

MESURES PROPOSÉES	ACCORD	ABSENCE D'ACCORD	OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES

ARTICLE 4

La présente annexe est conclue pour une durée de ……..

Elle peut être est révisée à tout moment et les mesures qu'elle comporte sont réévaluées au moins tous les six mois sur la base d'une évaluation continue. 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.

ARTICLE 5

Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, à la demande écrite du résident, de son représentant légal ou de la personne de confiance. 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 …… à La Ciotat, en deux exemplaires paraphés.

(Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)

Le résident ou son représentant légal Le directeur

Annexe 5 : Trousseau *(à titre indicatif)*

⇒ 6 Serviettes de toilette

⇒ 6 gants de toilette

⇒ 10 slips / culottes

⇒ 4 soutiens-gorge

⇒ 7 paires de chaussettes / collants / bas

⇒ 7 tricots de corps / combinaisons / t-shirt

⇒ 7 bas de jogging / robes / jupes

⇒ 4 pantalons à élastique

⇒ 7 pyjamas (bas + haut) / chemises de nuit

⇒ 5 gilets ou pulls

⇒ 2 vestes polaires

⇒ Chaussures et pantoufles confortables (de préférence type scratch) et adaptées au résident (pointure…)

Annexe 6 : Droit à l'image

Dans le cadre des différentes activités organisées par l'Etablissement, les résidents sont souvent amenés à être photographiés. Ces clichés peuvent ensuite être affichés, voire diffusés (notamment dans la presse locale ou les réseaux sociaux).

C'est la raison pour laquelle nous sollicitons de votre part une **autorisation dans le cadre du droit à l'image.**

Je soussigné(e), M. ou Mme ..... :

❑ Résident
❑ Représentant légal de M. ou Mme .....

❑ Autorise ❑ N'autorise pas
l'Etablissement à capter, exploiter et diffuser à titre gracieux mon image dans un cadre strictement non commercial, au sein même de la structure durant mon séjour

❑ Autorise ❑ N'autorise pas
l'Etablissement à capter, exploiter et diffuser à titre gracieux mon image dans un cadre strictement non commercial, sur site internet, ses réseaux sociaux et/ou dans la presse locale, comme support d'illustration des manifestations institutionnelles durant mon séjour.

Fait à La Ciotat, le .....

Signature du résident ou de son représentant légal.

Annexe 7 : Personne de confiance

La personne de confiance est définie à l'article L 1111-6 du code la santé publique « *Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions* ».

Qui peut-être désigné en tant que personne de confiance ?

- Un parent
- Un proche (ami, voisin…)
- Un médecin traitant ou toute autre personne de votre choix

Quelles sont les missions de la personne de confiance ?

- **Pour les patients capables d'exprimer leur volonté :**

La personne désignée a un rôle d'accompagnement lors des entretiens médicaux, ainsi qu'un rôle d'assistance tout au long du parcours de soin, si le patient le souhaite.
La personne de confiance joue également le rôle d'intermédiaire entre le patient et le médecin.

- **Pour les patients dans l'impossibilité d'exprimer leur volonté :**

La personne de confiance reçoit l'information nécessaire pour apporter son soutien au patient.
En cas de diagnostic ou de pronostic grave, la personne de confiance sera consultée pour la prise de décision concernant la santé du patient.

Informations destinées à la Personne de Confiance désignée par le Patient

- Vous êtes toujours tenu au secret médical
- Vous êtes une aide à la décision, vous ne vous substituer pas au patient. Vous ne consentez pas aux soins

Quel est votre rôle ?

- **Lorsque le patient est capable d'exprimer sa volonté :**

Vous avez un rôle d'accompagnement lors des entretiens médicaux, ainsi qu'un rôle d'assistance tout au long de son parcours de soin. Vous êtes l'intermédiaire entre le patient et le médecin.

- **Lorsque le patient est dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté :**

Vous recevrez l'information nécessaire pour apporter votre soutien au patient.
En cas de diagnostic ou de pronostic grave, vous serez consulté pour la prise de décision concernant la santé du patient.

Distinction entre « Personne de Confiance » et « Personne à prévenir » :

La personne à prévenir est une notion essentiellement administrative, souvent prévenue en cas de décès du patient. Celle-ci est désignée lors de l'admission et sera informée s'il arrive quelque chose en relation avec les soins courants.

La personne de confiance est un véritable intermédiaire entre le médecin et la famille. La personne de confiance relate la volonté du patient et l'aide dans ses démarches de soins.

Formulaire de désignation de la personne de confiance

Ce formulaire, après avoir été ***complété*** et ***signé***, est à remettre ***impérativement*** à l'accueil lors ***de votre admission***.

RAPPEL : La personne de confiance a pour mission de relater vos souhaits et :

⇒ De vous accompagner lors de vos entretien médicaux, si vous le souhaitez (elle sera évidemment tenue au secret médical).
⇒ De vous assister dans vos démarches de soins.
⇒ D'être consultée par l'équipe médicale au cas où vous ne seriez plus en état d'exprimer votre volonté concernant les soins.
⇒ De recevoir l'information nécessaire pour exercer ses missions.

IMPORTANT : Cette désignation N'EST PAS OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) :

Nom Marital : …….. Prénom : ……..
Date et lieu de naissance : ……
Téléphone : ……email : ……..……

- ❑ **Ne souhaite pas désigner une personne de confiance**
- ❑ **N'est pas en état de désigner une personne de confiance**
- ❑ **Souhaite désigner comme personne de confiance**
  - ❑ Pour la durée de mon séjour
  - ❑ Pour la durée de mon séjour et ultérieurement

Nom Marital : …….. Nom de naissance : ……...
Prénom : …….. Date et lieu de naissance : ……
……
Adresse :
……
…
Téléphone : ……

Je lui fais part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer

Date : …… Signature du Patient : ……

Je retiens :

⇒ Qu'il me revient d'informer la personne de confiance de sa désignation et de m'assurer de son accord
⇒ Que cette désignation demande réflexion, ce n'est pas un acte anodin
⇒ Que cette désignation est valable pour la durée choisie et révocable à tout moment.

Réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance

Fait à …….. Le …….. Signature ……

Annexe 8 : Directives Anticipées

Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit, pour vous, d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.

RÉDIGER DES DIRECTIVES ANTICIPÉES N'EST PAS UNE OBLIGATION.

Deux modèles sont proposés, selon que vous êtes actuellement bien portant ou atteint d'une grave maladie :

Il n'est pas obligatoire de remplir tous les items du modèle et de désigner une personne de confiance.

Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace.

◊ un modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave

◊ un modèle B pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave.

L'utilisation d'un de ces modèles n'est pas obligatoire. Mais elle vous est recommandée afin de vous aider à exprimer clairement vos volontés.

Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr

Est-il possible d'exprimer des souhaits ou des volontés autres que les volontés de nature médicale qui sont mentionnées dans les modèles A et B ?

Oui et la fiche numéro 3 vous est proposée à cet effet. Mais sachez que la loi a prévu que seules vos volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins qui s'occuperont de vous à la fin de votre vie. Par conséquent, ce que vous écrirez dans la fiche numéro 3 pourra être une information utile pour le médecin, mais ce ne sera pas une directive au sens de la loi.

Avec qui en parler ?

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.

Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de Santé qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos directives anticipées : www.has-sante.fr

Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.

Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?

Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi.

⇒ **Le cas d'urgence vitale :** Le médecin peut alors ne pas mettre en œuvre vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation.
Le cas où les directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale.

Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ?

Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, **les modifier dans le sens que vous souhaitez**. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

Où conserver vos directives ?

Il est important qu'elles soient **facilement accessibles**.

Quel que soit votre choix, **informez votre médecin et vos proches** de leur existence et de leur lieu de conservation. Ainsi, le jour venu, le médecin qui vous accompagnera lors de la fin de votre vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en œuvre. L'Etablissement intégrera ces directives dans le dossier ouvert à votre nom.

Enfin, vous pouvez également confier vos directives à votre « **personne de confiance** », à un membre de votre famille ou à un proche. Vous pouvez aussi les conserver chez vous et/ou avoir sur vous une indication du lieu de leur conservation.

Dans le cas où vous choisissez de conserver vos directives dans votre « **dossier médical partagé** » ou dans un dossier médical, n'oubliez pas d'informer les proches concernés (votre « personne de confiance » ou, dans le cas particulier prévu par la fiche 5 ci-après, vos témoins) que leurs noms et coordonnées personnelles y sont inscrits.
De même, si ces dossiers mentionnent qu'une personne est détentrice de vos directives anticipées, n'oubliez pas de l'informer que ses noms et coordonnées personnelles y sont inscrits.

L'essentiel, répétons-le, est que vous **informiez votre médecin et vos proches que vous avez rédigé des directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées**. Ainsi vous serez assuré que, lors de votre fin de vie, vos volontés seront respectées.

Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

Mes directives anticipées - Modèle A

◊ Je suis atteint d'une maladie grave

◊ Je pense être proche de la fin de ma vie

1. Mon identité

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : .....

A : .....

Domicilié(e) à : .....
.....
.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, j'ai l'autorisation :

⇒ Du juge : ❑ Oui ❑ Non

⇒ Du conseil de famille : ❑ Oui ❑ Non

(Veuillez joindre la copie d''autorisation)

2. Informations ou souhaits

Que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant sur la fiche ci-après.

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :
.....
.....
.....
.....
.....

Fait le ..... à .....

Signature

3. Mes directives anticipées

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. **A 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. **A propos des actes et des 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. **A 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

Initiales

Mes directives anticipées - Modèle B

◊ Je pense être en bonne santé

◊ Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

1. Mon identité

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : .....

A : .....

Domicilié(e) à : .....
.....
.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, j'ai l'autorisation :

⇒ Du juge : ❑ Oui ❑ Non

⇒ Du conseil de famille : ❑ Oui ❑ Non

(Veuillez joindre la copie d''autorisation)

2. Informations ou souhaits

Que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant sur la fiche ci-après

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

◊ certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
◊ certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :
.....
.....
.....
.....
.....

Fait le ..... à .....

Signature

3. Mes directives anticipées

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. **A 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.. entrainant 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. **A propos des actes et des 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. **A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.**

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent 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

Directives anticipées - Cas particulier : Attestation témoin

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 :.....

En Qualité de : .....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme .....

Fait le ..... à .....

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :.....

En Qualité de : .....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme .....

Fait le ..... à .....

Signature

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e),

Nom et prénoms : .....

- Si vous souhaitez **modifier vos directives anticipées**, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. **Seul le document le plus récent fait foi**.

- Ou : Déclare annuler mes directives anticipées datées du .....

Fait le ..... à .....

Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier.

Initiales