



Contrat de séjour de l'accueil de jour « Amista »

Accueil de jour rattaché à l'Ehpad le Rayon de Soleil

Centre hospitalier de la Ciotat

Boulevard Lamartine

13600 La Ciotat

Téléphone : 04 42 08 76 25 / Mail : service.amista@ch-laciotat.fr

Le présent contrat de séjour a pour objectif de définir les droits et obligations de l'établissement et de la personne accueillie.

Vous ou votre représentant, êtes invité à en prendre connaissance avec la plus grande attention.

Le présent contrat est conclu entre :

D'une part :

Le Centre d'Accueil de jour « Amista »

Adresse établissement : boulevard Lamartine – 13600 La Ciotat

Représenté par son Directeur en exercice, M. Christian CATALDO

Et d'autre part :

Mr/Mme (NOM – Prénom).....

dénommé(e) ci-après « l'Ami »

Adresse :

.....
.....

Ou le cas échéant représenté par.....

(Copie du jugement à joindre)

1- Objet du contrat

Le centre d'accueil de jour est destiné à prendre en charge dans la journée une personne atteinte par la maladie d'Alzheimer ou de l'un des syndromes apparentés.

Egalement, l'accueil de jour a pour objectif d'accompagner « l'Ami » pour maintenir les acquis et l'autonomie, faciliter ou maintenir son intégration sociale mais aussi aider au maintien à domicile en collaboration avec l'aidant.

Le centre d'accueil de jour joue uniquement un rôle social et n'a aucune action médicale. Le médecin traitant reste le référent médical de « l'Ami ». Il peut, s'il le souhaite, demander à un Médecin spécialiste un avis ou une consultation mémoire.

2- Durée du contrat

Le présent contrat prendra effet le.....et sera conclu pour une durée de 12 mois. Il prendra ainsi fin le.....

« L'Ami » sera accueilli un jour de la semaine (du lundi au vendredi). Cette journée d'accueil sera définie lors de l'entretien d'entrée et validé par le médecin référent.

Une période probatoire d'un mois sera nécessaire pour juger de l'acceptation et du bien-être de la personne accueillie.

Le Centre d'Accueil de jour est ouvert de 9h à 17h.

Les horaires d'arrivées sont entre 9h30 et 10h00 et les départ entre 16h et 16h30.

3- Tarif et règlement

Une participation forfaitaire aux frais de fonctionnement, de collation et de repas est demandée aux familles. Le montant de cette participation est fixé par le conseil de surveillance du centre hospitalier de la Ciotat et exclu la prise en charge des produits sanitaires et pharmaceutiques.

Pour l'année 2023, le forfait journée est de :

39 euros sans transport
52 euros avec transport du centre d'accueil

Cette participation est payable au Trésor Public à terme échu, le service financier du Centre hospitalier de la Ciotat fera parvenir un relevé mensuel de présence à cet organisme.

Cette participation forfaitaire ouvre droit à une réduction d'impôts (25% des dépenses engagées plafonnées à 10 000 € par an). L'Ami peut également prétendre à l'APA en fonction de ses revenus. Il doit se rapprocher du Conseil Départemental.

4- Absences

Toute absence non annoncée au moins 72 h à l'avance ou non justifiée par une raison valable, à savoir rendez-vous médical urgent (justificatif à l'appui) ou maladie (présentation d'un certificat médical), ne sera pas recevable et la participation restera due.

L'ami est autorisé à s'absenter pour raison de congés (vacances, séjour en Ehpad etc..) pour une durée maximale annuelle de 3 semaines, consécutives ou non et annoncée au moins 1 mois avant.

5- Participation aux activités, changement de jour, suspension, exclusion

Le nombre de participants aux activités pour chaque journée est limité à 12 personnes. Il est nécessaire que pour chaque journée les participants soient inscrits à l'avance, auprès du Centre d'accueil à une fréquence convenue entre l'accompagnant et l'équipe selon les disponibilités de l'accueil de jour.

Le Centre d'Accueil ne disposant que de peu de place et les demandes étant très importantes, il ne sera possible qu'à titre exceptionnel de procéder à un changement des jours de présence, ponctuellement, sous réserve de l'accord du Directeur.

Le Centre d'Accueil de Jour se réserve le droit de modifier le(s) jour(s) d'accueil(s) en fonction de l'évolution globale de la personne pensée dans le cadre d'une réflexion pluridisciplinaire validée par le médecin coordonnateur de l'Ehpad.

Du fait du comportement ou de la situation de santé d'une des personnes accueillies au Centre, l'équipe encadrante, qui aura estimé que la présence de cette personne est susceptible d'apporter une perturbation grave au bon fonctionnement du Centre pourra prononcer la suspension de son accueil.

6- Rôle de l'accompagnant

Celui-ci doit justifier du titre au nom duquel il peut prendre des engagements pour la personne qu'il parraine et fournir un certain nombre de renseignements :

- En premier lieu, il doit donner les renseignements de base sur la personne. Ces renseignements sont demandés dans le questionnaire à remplir lors de la présentation de la candidature.
- En outre, il s'engage à signaler toute modification de l'état de santé et du traitement de l'Ami et fournir les médicaments dans leur pilulier sous blister et les protections en cas d'incontinence accidentelle
- Il est l'interlocuteur de l'équipe encadrante
- Il assure ou fait assurer le transport aller/retour de l'Ami
- Il est recommandé de ne laisser aucun objet de valeur, ni bijoux et un minimum d'argent. Le Centre d'Accueil de jour AMISTA décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol et ne pourra être tenu pour responsable.

- L'accompagnant sera aussitôt avisé de tout incident ou difficulté avec la personne qu'il parraine.

- Dans le cas d'un départ inopiné (errance), si l'Ami n'est pas retrouvé aux alentours, le Directeur de garde sera immédiatement avisé et il se charge de prévenir l'entourage ainsi que de prévenir les services de Police.

- Dans le cas d'un incident de santé, l'accompagnant sera avisé en priorité. Tout sera mis en œuvre pour prendre en charge l'Ami et le recours aux services d'urgence pourra être envisagé le cas échéant.

7- Conditions d'admission

Pourrons être admis à fréquenter le Centre d'accueil de jour, après validation médicale et du directeur les personnes ayant :

- Des troubles cognitifs diagnostiqués par un médecin exerçant dans un centre mémoire des hôpitaux, une consultation d'évaluation ou par un médecin ayant une compétence en évaluation gériatrique (gériatre diplômé, neurologue, psychiatre)
- Les personnes ayant une autonomie suffisante pour pouvoir relever de l'accueil de jour.
- Les personnes de moins de 60 ans pourront être admises sur mesure dérogatoire.

Le dossier de candidature doit être composé :

D'une part des pièces administratives :

- Attestation de sécurité sociale - Copie de la carte vitale
- Assurance responsabilité civile
- Questionnaire administratif dûment complété
- Notification APA (si bénéficiaire)

D'autre part des informations à caractère médical comprenant :

- Attestation médicale dûment complétée par le médecin traitant ou le médecin spécialiste
- Photocopie du traitement médical (dernière ordonnance)
- Copie bilan neuropsychologique et/ou orthophonique

Les informations médicales sont à remettre sous pli cacheté à l'attention du cadre de santé ou du médecin coordonnateur ou de l'équipe du CAJ.

Ce dossier une fois complet est remis au cours d'une visite de préadmission avec le médecin coordonnateur et d'un entretien d'entrée avec l'équipe.

Cette rencontre, uniquement sur rendez-vous, a pour but d'informer l'Ami de ses droits et s'assure de la compréhension de ceux-ci par ce dernier.

Pour les prises de rendez-vous, contacter téléphoniquement le centre d'accueil de jour au 04 42 08 76 25.

8- Modification et résiliation du contrat

Le contrat peut être modifié à tout moment, en signant un avenant, après en avoir fait la demande auprès de l'équipe encadrante.

Les retards répétitifs et non justifiés sont un motif d'exclusion définitive.

Les décisions d'exclusion ne sont pas susceptibles de recours.

RESILIATION A L'INITIATIVE DE L'AMI

La décision doit être notifiée au directeur de l'établissement, par lettre recommandée avec accusé de réception, avec un préavis de 10 jours avant la date programmée de fin de prise en charge souhaitée par la personne ou son représentant.

Les journées réservées pendant la période de préavis seront facturées

RESILIATION A L'INITIATIVE DE L'ETABLISSEMENT

La Direction peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception en cas de :

- Non-respect du règlement de fonctionnement
- Non-respect du présent contrat de séjour
- Incompatibilité avec la vie en collectivité (cf grille d'éligibilité en annexe)
- Défaut de paiement des frais liés à l'accueil de jour
- Dégradation de l'état de santé ou de dépendance ne permettant plus l'accueil. (cf grille d'éligibilité en annexe)
- Absences ou retards répétés

Dans ces cas, un entretien personnalisé sera organisé entre l'équipe du Centre et l'Ami accompagné de la personne de son choix et/ou de son représentant légal.

Fait en double exemplaire le

Signature de l'Ami
(ou son Représentant légal)
Précéder de la mention manuscrite
Lu et approuvé

Pour le Directeur, M.Christian CATALDO
La Directrice du secteur Médico-social,
Mme Hanane OUIRINI



QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

Mme – Mlle – Mr (NOM/Prénom) :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : Age :

Lieu de naissance :

N° Sécurité sociale :

Situation familiale : Marié(e) - Veuf (ve) – Divorcé (e) - Célibataire

Adresse.....

.....

.....

Email :

Personne sous régime de : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Nom/Prénom du tuteur/curateur :

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) Oui Non

Motif du recours à l'Accueil de jour :

Thérapie non médicamenteuse (stimulation mémoire)

Aide aux aidants familiaux

Autres motifs (préciser) :

Activité professionnelle antérieure :

Loisirs :

Adressé(e) par :

Entré(e) le :

Modalités de transport vers l'Accueil de Jour :

- Minibus
- Aidant familial
- Autres :

Personnes ou représentant légal à contacter en cas d'urgence :

1 – NOM/Prénom :
Téléphone :
Mail :

2– NOM/Prénom :
Téléphone :
Mail :

3– NOM/Prénom :
Téléphone :
Mail :

Coordonnées du médecin traitant :

Docteur :
Adresse :
Téléphone :

Coordonnées de l'infirmier(e) libéral(e) ou SSIAD:

Nom de l'organisme :
NOM/Prénom :
Téléphone :

Coordonnées de l'aide-ménagère :

Nom de l'organisme :

Téléphone :

NOM/Prénom de l'aide-ménagère :

Téléphone :

Coordonnées l'orthophoniste :

NOM/Prénom :

Téléphone :

Coordonnées du kinésithérapeute :

NOM/Prénom :

Téléphone :

Cadre de vie :

Habitat :

- Urbain Rural Isolé Appartement Villa
- Rez-de-chaussée Etage Ascenseur

Accessibilité aux pièces :

- Totale
- Partielle proximité

Commerces/équipements : Oui Non

Qui possède vos clés ?

Particularités

DEMANDES D'AUTORISATIONS

Je soussigné(e).....
accepte d'être pris(e) en photo en vue d'un reportage de la presse locale, pour les
différentes activités et/ou pour l'album photos du Centre d'accueil Amista.

Date :.....Signature

(A remplir uniquement si la personne n'est plus en mesure d'exprimer par écrit sa volonté)

Je soussigné(e).....en ma qualité
de.....donne l'autorisation de prendre des photos de
M..... en vue d'un reportage de la presse locale,
pour les différentes activités et/ou pour l'album photos du Centre d'accueil Amista.

Date :.....Signature

Je soussigné(e).....
accepte de sortir du centre d'Accueil de Jour Amista en vue des différentes activités
extérieures proposées.

Date :.....Signature

(A remplir uniquement si la personne n'est plus en mesure d'exprimer par écrit sa volonté)

Je soussigné(e).....en ma qualité
de.....donne l'autorisation que M.
..... sorte du centre d'Accueil de Jour en vue
des différentes activités extérieures.

Date :.....Signature

ANNEXE 1- Pour information

Grille d'éligibilité à l'Accueil de Jour AMISTA

Un seul critère non rempli entraîne la non recevabilité du dossier.

Nom :Prénom :Date :

Vie sociale	Absence	Léger	Modéré	Sévère
Trouble de l'intégration au groupe				
Troubles anxieux				
Troubles dépressifs				
Violences verbales				
Violences physiques				
Désinhibition				
Fugue				

Gestes de la vie quotidienne	Seul (e)	Avec aide	Non réalisable
S'alimente			
Va aux toilettes			Incontinence
Se déplace, marche, transfert			Fauteuil Déambulateur

Validé par :

Fonction :

Eligible :

Oui

Non

DOSSIER MEDICAL A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

Personne concernée par l'accueil

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance : | | | | | | | |

Médecin qui renseigne le dossier :

Nom – Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Mail :

Motif de la demande :

Favoriser le maintien à domicile Thérapie non médicamenteuse Relais pour l'aidant

Autre (préciser) :

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

Allergies Oui Non si oui, préciser :

Conduites à risque	OUI	NON
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Portage de Bactérie multi résistante	NSP	Oui	Non
--------------------------------------	-----	-----	-----

-Si oui, préciser (localisation, etc.)
.....

Risque de fausses routes	Oui	Non
---------------------------------	-----	-----

-Préciser la date du dernier prélèvement.....

Taille : cm

Poids : kg

Paraphe

Fonctions sensorielles	Oui	Non
Cécité		
Surdité		

Fonctions cognitives	Oui	Non
Troubles mnésiques		
Troubles phasiques		
Autre (précisez)		

Rééducation	Oui	Non
Kinésithérapie		
Orthophonie		
Autre (préciser)		

Données / autonomie		A	B	C
		Transfert		
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temporelle			
	Spatiale			
Communication pour alerter				
Cohérence				

Symptômes psycho-comportementaux		
	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportement moteur aberrants (déambulation, gestes incessants, risque de sorties inopinées, errance...)		
Troubles du sommeil		

Appareillages	OUI	NON
Prothèse		
Orthèse		
Pace-maker		
Autres (précisez) :		

<p>Commentaires et recommandations éventuelles (Contexte, aspects cognitifs, allergies connues...) :</p>

Médecin qui a renseigné le dossier (si différent du médecin traitant)

Nom : Prénom :

Adresse

.....

.....

Date / /

Signature - Cachet du médecin
