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

SOMMAIRE

1- Objet du contrat 4

2- Durée du contrat 4

3- Descriptif des prestations 4

1. Prestations relatives à l'hébergement 4

2. Prestations relatives à la dépendance 5

4- Tarif et règlement 5

5- Absences 5

6- Participation aux activités, changement de jour, suspension, exclusion 6

7- Le personnel de l'accueil de Jour 6

8- Distribution des traitements médicamenteux 7

9- Rôle de l'accompagnant 7

10- Conditions d'admission 8

11- Modification et résiliation du contrat 9

12- Résiliation à l'initiative de l'ami 9

13- Résiliation à l'initiative de l'établissement 9

14- Responsabilités respectives 9

15- Concertation, recours et médiation 10

1. Au sein de l'établissement 10

2. Les « personnes qualifiées » 10

16- Droit individuel à l'image : confidentialité et respect de la dignité 10

17- Questionnaire administratif 11

18- Demandes d'autorisations 13

19- Annexes 1 – pour information 15

Le présent contrat de séjour a pour objectif de définir les droits et obligations de l'établissement et de la personne accueillie conformément aux articles D.312-8 à D.312-10 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

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, Mme Cécile PIQUES

Et d'autre part :
Mr/Mme (NOM – Prénom) .....
dénommé(e) ci-après « l'Ami »

Adresse : .....
.....
.....

Celui-ci peut être représenté le cas échéant par
M. / Mme .....

Demeurant : .....
.....
.....

(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.

Également, 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- DUREE DU CONTRAT

Le présent contrat prendra effet le .....
Il sera renouvelé par tacite reconduction dans la limite de 5 ans maximum.

« 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- DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

1. Prestations relatives à l'hébergement

L'hébergement recouvre l'ensemble des prestations suivantes :

- La mise à disposition d'une pièce collective polyvalente dédiée à l'accueil de jour
- Les aménagements extérieurs (accès au jardin).
- La fourniture du chauffage central, de l'électricité et de l'eau,
- La fourniture et le service d'une collation, du repas du midi et du goûter l'après-midi,
- L'entretien des locaux collectifs,
- La participation aux activités

2. Prestations relatives à la dépendance

- L'établissement assure l'aide partielle ou totale pour effectuer les actes essentiels de la vie (alimentation, prise en charge de l'incontinence, habillage/déshabillage, déplacement intérieur/extérieur…) selon les besoins du résident.
- L'appréciation des besoins de la personne résulte d'une évaluation réalisée par l'équipe soignante de l'établissement au moyen de la grille nationale d'évaluation de la dépendance dite « grille AGGIR ».
- Les produits d'incontinence seront à fournir directement par la personne accueillie

4- TARIF ET REGLEMENT

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 2024, 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.

5- 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.

6- PARTICIPATION AUX ACTIVITES, 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.

7- LE PERSONNEL DE L'ACCUEIL DE JOUR

L'accueil de jour s'organise autour d'une équipe soignante qui joue un rôle primordial puisqu'elle est garante de l'atmosphère bienveillante. L'accent est mis sur une certaine stabilité du personnel évoluant au sein du dispositif d'accueil de jour afin que les professionnels fassent repère pour les bénéficiaires. D'autres acteurs interviennent également au sein de ce lieu de vie :

- Un médecin gériatre référent,
- Un cadre de santé qui supervise le dispositif et établi les plannings du personnel,
- Une psychologue référente (rencontre famille, admission, temps d'échange avec les équipes),
- Des stagiaires (élèves AS, élèves AES…),
- Des intervenants artistiques professionnels.

8- DISTRIBUTION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

L'accueil de jour thérapeutique est une structure non médicalisée.

Le bénéficiaire peut apporter son traitement médicamenteux accompagné de la photocopie de l'ordonnance correspondante. En cas de changement de traitement, la nouvelle ordonnance sera exigée.

Le personnel de l'accueil de jour vérifie que le nom de l'usager est inscrit sur le pilulier. En cas d'absence, il colle une étiquette.

La distribution des médicaments est assurée par le personnel de l'accueil de jour. Le suivi médical et le renouvellement des traitements sont assurés par le médecin traitant.
En cas, d'incontinence, la personne accueillie doit se munir de protections (en nombre suffisant) et de vêtements de rechange.

9- ROLE 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 échant.

10- 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 gérontologique (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 :

- Photocopie de la C.N.I. ou du livret de famille
- Attestation de sécurité sociale - Copie de la carte vitale
- Assurance responsabilité civile
- Le contrat de séjour rempli et signé
- Questionnaire administratif dûment complété
- Notification APA (si bénéficiaire)
- La photocopie du jugement de tutelle ou curatelle (le cas échéant)

D'autre part des informations à caractère médical comprenant :

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

Les informations médicales demandées dans le dossier CERFA 14732-03, 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 coordinateur 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.

Toutes modifications concernant les dispositions du présent contrat feront l'objet d'un avenant.
Pour les prises de rendez-vous, contacter téléphoniquement le centre d'accueil de jour au 04 42 08 76 25.

11- MODIFICATION ET RESILIATION 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.

12- 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

13- 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.

14- RESPONSABILITES RESPECTIVES

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur. Cette assurance ne vous exonère pas des dommages dont vous pourrez être la cause.

Il vous est donc recommandé de souscrire une assurance responsabilité civile individuelle dont vous fournirez chaque année une attestation à l'établissement.
Il vous est demandé par ailleurs de ne pas amener d'objets de valeurs, ou de moyens de paiements. En cas de disparition, la responsabilité de l'établissement ne pourra être engagée.

15- CONCERTATION, RECOURS ET MEDIATION

1. Au sein de l'établissement

L'établissement est engagé dans une démarche d'évaluation de la qualité des prestations qu'il délivre. Les familles ont la possibilité de solliciter la direction par voie postale, ou obtenir un rendez-vous au cours duquel l'usager peut être accompagné de la personne de son choix.
Tout incident, plainte ou conflit sera traité avec tout le soin exigé et donnera lieu à une réponse écrite si nécessaire. Suivant les règles de confidentialité et de droits une communication interne pourra être faite aux acteurs de la structure dont le CVS (Conseil de la Vie Sociale).

2. Les « personnes qualifiées »

Instituées par la loi du 2 janvier 2002 et le décret du 14 novembre 2003, elles sont nommées conjointement par le préfet et le président du Conseil Départemental. Elles ont pour mission, sans pouvoir de contrainte, de trouver des solutions par le dialogue aux conflits entre l'usager et l'établissement.
Les coordonnées de ces médiateurs externes ainsi que les modalités pour y recourir sont affichées sur les panneaux réglementaires et insérées dans le livret d'accueil.

16- DROIT INDIVIDUEL A L'IMAGE : CONFIDENTIALITE ET RESPECT DE LA DIGNITE

Le Code civil, dans son article 9, garantit le droit au respect de la vie privée de chacun.
L'établissement peut être amené à effectuer des prises de vues (photos et vidéos) et de sons (musiques enregistrées sur CD) dans le cadre des activités d'animation et de communication institutionnelles.

Les personnes accueillies concernées seront informées du choix d'effectuer ces prises de vue ou de sons. Un formulaire d'autorisation de droit à l'image est annexé au présent document. Nous vous remercions d'en prendre connaissance et de le compléter.
Vous pouvez toutefois revenir sur votre décision en signant un nouvel imprimé auprès de la Cadre de santé.

Fait en double exemplaire le ……

Signature de l'Ami (ou son Représentant légal) *Précédé de la mention manuscrite* *Lu et approuvé*	Pour la Directrice Mme PIQUES, La Directrice du secteur Médico-social, Mme Hanane OUIRINI

17- QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

PHOTO	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 Personnalisé 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 .....
.....
.....

18- DEMANDES D'AUTORISATIONS

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Vous pouvez apparaître sur de nombreux documents photographiques réalisés dans l'établissement tels que les photos, films réalisés pour illustrer la vie dans l'établissement. Certaines réalisations peuvent apparaître sur des plaquettes ou supports de communication quels qu'ils soient.

Nous accordons la plus grande attention à ce qu'aucune photo ne puisse vous porter préjudice. L'utilisation de l'image restant soumise à votre autorisation (ou celle du tuteur), nous vous demandons de bien vouloir remplir le coupon réponse ci-dessous.

Je soussigné(e) ……

☐ Autorise l'établissement à utiliser les images prises lors des activités de l'établissement, pour tout usage de communication propre à ce dernier (Album photo Amista, Journal interne, plaquette d'information, réseaux sociaux …)

☐ N'autorise pas l'utilisation par l'établissement des images prises dans le cadre de la vie interne de la structure.

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 ……

de M. ou Mme ……

☐ Autorise l'établissement à utiliser les images prises lors des activités de l'établissement, pour tout usage de communication propre à ce dernier (Album photo Amista, Journal interne, plaquette d'information, réseaux sociaux…).

☐ N'autorise pas l'utilisation par l'établissement des images prises dans le cadre de la vie interne de la structure.

Date :…… Signature :

AUTORISATION DE SORTIE

Dans le cadre des activités réalisées au sein de la structure, des sorties ponctuelles sont proposées à l'extérieur de la structure.

Afin de les organiser au mieux, nous vous demandons de nous transmettre cette autorisation de sortie dûment complétée et signée

Je soussigné(e) ……

☐ Autorise les sorties à l'extérieur de la structure.

☐ N'autorise pas les sorties à l'extérieur de la structure

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 ……

de M. ou Mme ……

☐ Autorise les sorties à l'extérieur de la structure.

☐ N'autorise pas les sorties à l'extérieur de la structure

Date :…… Signature :

19- ANNEXES 1 – POUR INFORMATION

	PRISE EN CHARGE DU PATIENT	PCP/AMISTA/FOR001
	Formulaire d'enregistrement **Grille d'éligibilité à l'accueil de jour AMISTA**	Version 1 Page 1 sur 1

Rédaction		Vérification pour Application		Approbation de Diffusion	
Nom/instance	Date/Visa	Nom/instance	Date/Visa	Nom/instance	Date/Visa
Dr Malika VIRAH-SAWMY	Août 2023 Signé	Caroline SENEQUE	Août 2023 Signé	Marlène PAUL Service Qualité	Août 2023 Signé

Grille d'éligibilité à l'Accueil de Jour AMISTA

Un seul critère non rempli entraine 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				

POUR VOTRE INFORMATION
NE PAS REMPLIR

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 ☐

PCP/AMISTA/FOR001 – V1 - p1/1 - Centre Hospitalier de La Ciotat
Dernière réactualisation : Aout 2023