



**Établissement d'Hébergement pour
Personnes Agées Dépendantes**

Rue Théodore Botrel BP9 29160 CROZON

CONTRAT DE SÉJOUR



SOMMAIRE

Article 1 : Objet du contrat	7
Article 2 : Durée du contrat	7
Article 3 : Condition d'admission	7
Article 4 : Prestations assurées par l'établissement	7
4-1 Prestations d'administration générale.....	7
4-2 Prestations d'accueil hôtelier	8
4-3 Prestation de restauration	9
4-4 Prestation de blanchissage	9
4-5 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne	10
4-6 Soins et surveillance médicale et paramédicale	10
4-7 Prestation d'animation de la vie sociale	12
4-8 Autres prestations	12
Article 5 : Projet individualisé d'accompagnement	12
Article 6 : Coût du séjour	13
6-1 Montant des frais de séjour	13
6-2 Facturation	15
Article 7 : Responsabilité et assurance	16
Article 8 : Délai de rétractation, révision et résiliation du contrat	17
Article 9 : Signature du contrat	20

PRÉAMBULE

Le contrat de séjour définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent. Il est établi conformément :

- *À la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,*
- *À la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, à l'article L 311-4 du Code de l'action sociale et des familles,*
- *À la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation,*
- *Au décret du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*
- *Au décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles,*
- *Au décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD,*
- *Au décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge,*
- *Aux dispositions contenues dans le règlement départemental d'aide sociale le cas échéant,*
- *A la validation de la commission de conformité en date du 20 février 2019*
- *A la présentation faite en Conseil de la Vie Sociale du 5 février 2019*
- *A la présentation de l'avenant n° 1 faite en Conseil de la Vie Sociale du 20 juin 2024*
- *A la présentation de l'avenant n°2 faite en Conseil de la Vie Sociale du 5 juin 2025*
- *A la présentation de l'avenant n°3 faite en Conseil de la Vie Sociale du 15 septembre 2025*

Les futurs résidents appelés à souscrire un contrat de séjour sont invités à en prendre connaissance, avec la plus grande attention.

La restitution du contrat et des annexes dûment remplis et signés devront lui être **retournés par mail** en amont de l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à l'adresse suivante : accueil@hopital-crozon.fr

Pour tout renseignement concernant le contrat de séjour, vous pouvez contacter le bureau des entrées de l'établissement au **02-98-16-67-25**.

Ces documents, signés par la Directrice Déléguée, vous seront retournés dans les 15 jours suivant l'admission.

Pièces jointes au contrat :

❖ **Avant l'admission**, les documents suivants doivent impérativement être transmis par mail au bureau des entrées accueil@hopital-crozon.fr :

Liste des documents obligatoires :

- ☐ Un relevé d'identité bancaire ou postal
- ☐ Uniquement dans le cas d'hébergement permanent : virement d'un dépôt de garantie d'un montant de 2212.78€ à réaliser sur le compte de la : **TRESORERIE DU CHRU DE BREST**

IBAN : FR05 3000 1002 28C2 9100 0000 049

BIC : BDFEFRPPCCT

Merci de préciser en objet du virement : « Caution EHPAD Crozon - NOM Prénom du résident - date de naissance du résident »

Une attestation de réception d'un dépôt de garantie vous sera transmis par l'établissement **(annexe 1)**

- ☐ Un engagement de payer de la personne qui assurera ou les personnes qui assureront le règlement des frais de séjour **(annexe 2)**
- ☐ Mandat d'autorisation prélèvement SEPA **(annexe 3)**
- ☐ Formulaire « Choix du résident pour la gestion de son courrier » **(annexe 4)**
- ☐ Formulaire « Choix du résident pour l'activation d'une ligne téléphonique » **(annexe 5)**
- ☐ Formulaire « Responsabilité en cas de vol » **(annexe 6)**
- ☐ Attestation relative à la résiliation de la location de matériel médical **(annexe 7)**
- ☐ La constitution du trousseau de linge et du nécessaire de toilette **(annexe 8)**
- ☐ Formulaire « consentement pour la réalisation d'un prélèvement sanguin en cas d'accident de personnel avec exposition de sang » **(annexe 9)**
- ☐ Liste des intervenants extérieurs **(annexe 10)**
- ☐ Recueil des habitudes de vie **(annexe 11)**
- ☐ Formulaire « Autorisation du droit à l'image » **(annexe 12)**
- ☐ Dernière page du Règlement de fonctionnement signé **(annexe 1 du règlement de fonctionnement)**

❖ **Le jour de l'entrée**, le résident doit disposer de :

- ☐ Sa carte vitale (et non d'une copie) **(obligatoire)**
- ☐ Attestation de prise en charge mutuelle de l'année en cours **(obligatoire)**
- ☐ La ou les ordonnances éventuelles, pour garantir la continuité du traitement **(obligatoire)**

Liste des documents facultatifs :

- ☐ La fiche relative à la personne de confiance (facultatif) **(annexe 1 du livret d'accueil)**
- ☐ La fiche relative aux directives anticipées (facultatif) **(annexe 2 du livret d'accueil)**
- ☐ La conduite à tenir en cas de décès (facultatif) ;
- ☐ Une copie du mandat de protection futur, paraphé par le greffier du tribunal ou une copie du jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice (facultatif)
- ☐ Une copie du contrat obsèques (facultatif)

Liste des Documents informatifs :

- ☐ La grille relative aux tarifs en vigueur à l'EHPAD **(annexe 13)**
- ☐ Contacts utiles du CHPC **(annexe 14)**

- ☐ L'état des lieux privés mis à disposition (**annexe 15**)
- ☐ Avenant au contrat de séjour : mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir (**annexe 16**)
- ☐ Le règlement de fonctionnement (**annexe 17 en pièce jointe à ce contrat de séjour**)
- ☐ Livret d'accueil (**annexe 18 en pièce jointe à ce contrat de séjour**)

PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

Le Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon est un établissement public de santé qui gère plusieurs services sanitaires et médico-sociaux :

UN PÔLE SANITAIRE

L'unité de Médecine est un service d'hospitalisation de courte durée (5 lits). Il a pour mission d'accueillir les patients adultes, quelle que soit la pathologie médicale, pour des soins à visée diagnostique, curative, palliative et éducative.

L'unité de Soins Médicaux et de Réadaptation – SMR (20 lits) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles physiques cognitives, psychologiques ou sociales des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion familiale et sociale. Le service assure également des actions de prévention et d'éducation thérapeutique. Les missions de ce secteur, sont axées sur le retour du patient vers son lieu de vie.

UN PÔLE MÉDICO-SOCIAL

- Un hébergement permanent avec 150 places d'EHPAD, dont 3 unités spécialisées accueillant des personnes atteintes de troubles cognitifs importants.
- Un hébergement temporaire de 5 places
- Un accueil de jour de 8 places
- Un accueil de nuit de 4 places
- Un CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)
- Un tiers-lieu

L'établissement est habilité par le Conseil Départemental à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale, il est conventionné au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.) et répond aux normes pour l'attribution de l'allocation personnalisée de logement (A.P.L.).

L'établissement, soumis à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, a pour vocation d'accueillir des personnes autonomes ou dépendantes seules ou en couple de 60 ans et plus. Par dérogation du Conseil Départemental, les personnes de moins de 60 ans peuvent intégrer l'EHPAD.

**L'EHPAD du Centre Hospitalier de Crozon est avant tout un lieu de vie.
Sa mission est de vous accompagner dans votre vie quotidienne et
d'apporter une réponse personnalisée à vos besoins.**

Le présent contrat est conclu entre :

D'une part,

L'EHPAD du Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon, situé 4, rue Théodore Botrel 29160 Crozon,
Représenté par **Mme Elisabeth PERETTI**, Directrice par délégation, représentant Madame FAVREL-
FEUILLADE, représentant légal de l'établissement.

Dénommé ci-après « EHPAD de Crozon »

Et d'autre part,

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

Né(e) le :

Adresse postale :

Adresse Mail :

Téléphone :

Pris en sa personne

Dénommé ci-après « le résident »

Le cas échéant, représenté par :

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

Né(e) le :

Adresse postale :

Adresse Mail :

Téléphone :

☐ Lien de filiation :

☐ Mandataire judiciaire de la protection de la personne majeure :

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ Sauvegarde de justice

☐ Mandataire de protection future

Dénommé ci-après, « représentant légal »

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet l'hébergement et l'accompagnement de ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

à l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon,

En hébergement permanent ☐

En hébergement temporaire ☐

ARTICLE 2 : DURÉE DU CONTRAT

Le présent contrat est conclu pour :

Hébergement permanent

- une durée indéterminée à compter du

Hébergement temporaire

- une durée déterminée du au (dans la limite de 90 jours au total)

La date d'arrivée du résident est fixée par les deux parties. Elle correspond à la date de départ de la facturation. En cas de réservation de la chambre, le tarif hébergement est appliqué.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADMISSION

Les conditions d'admission dans l'EHPAD sont précisées dans le règlement de fonctionnement annexé au présent contrat (annexe 17 en pièce jointe à ce contrat).

ARTICLE 4 : PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le règlement de fonctionnement (annexe 17 en pièce jointe à ce contrat). Les prestations ci-dessous énumérées sont assurées dans les conditions et les limites fixées par ce règlement de fonctionnement.

Tout changement dans les prestations assurées par l'établissement doit faire l'objet d'un avenant signé et annexé au présent contrat.

4.1 PRESTATIONS D'ADMINISTRATION GENERALE

La gestion administrative de l'ensemble du séjour, l'élaboration et le suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ainsi que les prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale sont inclus dans le prix de journée.

Sont également inclus :

- tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;
- état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement
- tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la protection universelle maladie (Puma ; ex CMU), la complémentaire santé solidaire (C2S, ex CMU-c), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement.

4-2 PRESTATIONS D'ACCUEIL HÔTELIER

Il est mis à disposition de la personne hébergée une chambre individuelle ou double, des locaux collectifs ainsi que tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD.

Toutes les chambres en hébergement permanent disposent d'une salle de bain individuelle comprenant un lavabo, une douche et des toilettes.

La chambre est équipée d'un poste téléphonique.

L'abonnement et les communications téléphoniques sont à la charge du résident. Une ligne téléphonique peut être activée à l'entrée du résident (annexe 5). Les tarifs sont affichés dans le hall d'entrée du CHPC et actualisés chaque année.

Le résident a la possibilité d'installer un téléviseur dans sa chambre. En l'absence d'équipement personnel, un appareil pourra être mis à disposition par l'EHPAD, sous réserve de disponibilité. L'abonnement télévision est inclus dans le tarif de l'hébergement.

Un état des lieux contradictoire est dressé à l'entrée et à la sortie du résident (annexe 15). Cet état des lieux sera réalisé conjointement avec l'équipe de soin.

En unité poly-dépendance, la clé de la chambre est remise, lors de la prise de possession du lieu, au résident qui en fait la demande et qui est en capacité de l'utiliser. A défaut, la personne référente peut en faire la demande.

En unité spécialisée, la clé n'est pas remise au résident, la personne référente peut en faire la demande.

Cette clé de chambre est mise à disposition gracieusement par l'établissement. En cas de perte ou de disparition, le remplacement sera à la charge exclusive du résident. Il en sera de même en cas de non restitution lors de la sortie.

Le résident peut personnaliser sa chambre avec des objets personnels, dans la limite de la taille de la chambre, des règles relatives à la sécurité incendie et de son état de dépendance. La demande de personnalisation de la chambre doit cependant être validée par le cadre de proximité de l'unité.

La chambre est le domicile du résident mais l'aspect collectif de cet hébergement ainsi que la réglementation qui régit l'établissement impose certaines restrictions.

Le résident doit se conformer aux prescriptions indiquées dans le règlement de fonctionnement qui lui est remis avec le présent contrat (annexe 17 en pièce jointe du contrat).

La fourniture des fluides (électricité, eau, chauffage, gaz médicaux) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement est à la charge de l'EHPAD et est incluse dans le tarif des prestations.

L'entretien du logement (ménage, réparation de l'infrastructure et du mobilier de l'établissement) est assuré par le personnel de l'établissement. A ce titre, le résident doit permettre au personnel assurant l'entretien ou les réparations, l'entrée et le libre accès de son logement.

Par ailleurs, dans l'optique de réaliser les soins adaptés, le résident doit également permettre l'accès à sa chambre au personnel soignant en tout temps.

La maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts est également assurée par l'établissement.

La personne hébergée s'engage à respecter les locaux mis à sa disposition.

Pour des raisons logistiques (ex : travaux urgents) ou en fonction de l'état de santé du résident (apprécié par le médecin coordonnateur de l'établissement et le médecin traitant), un changement de chambre ou de secteur pourra être effectué (poly-dépendance vers unité spécialisée ou inversement).

Une évaluation basée sur la grille neuropsychiatrique (NPI-ES) est réalisée par l'équipe soignante, soumise à l'avis du médecin traitant puis présentée à l'équipe pluridisciplinaire de la Commission d'Admission et d'Orientation (CAO) pour décision finale.

La décision entraînant le changement sera motivée et indiquée au résident, à sa famille et/ou son représentant ainsi qu'à son médecin traitant.

4-3 PRESTATION DE RESTAURATION

Le repas en EHPAD est un moment essentiel de la vie institutionnelle. Il est à la fois un temps de soin et un vecteur de communication. Il importe qu'il demeure un temps de socialisation, de maintien du lien social et de convivialité avec les autres résidents.

Le service de restauration assure les petits déjeuners, déjeuners et dîners ainsi que des collations, le cas échéant nocturne.

Les repas sont préparés quotidiennement par les cuisiniers de l'établissement dans le respect des règles d'hygiène. Des contrôles réguliers sont réalisés par un organisme extérieur.

Les menus sont établis par le chef cuisinier en lien avec une diététicienne. Ils prennent en compte les besoins nutritionnels spécifiques des personnes hébergées.

Des menus de substitution sont proposés dans le respect des usages confessionnels, des allergies ou aversions. Les régimes alimentaires sur prescription médicale sont pris en compte.

Les repas sont servis préférentiellement en salle à manger. Si l'état de santé du résident le nécessite ou à la demande de ce dernier, les repas peuvent-être servis en chambre. L'aide au repas est assurée par le personnel de l'établissement.

Le coût de la restauration est intégré dans la tarification hébergement.

Le résident peut inviter, dans la limite des places disponibles, les personnes de son choix au déjeuner ou dîner en prévenant l'équipe soignante :

- 24 heures à l'avance pour 5 personnes maximum
- minimum 7 jours à l'avance pour plus de 5 personnes (ex : repas de fête)

Le prix du repas est fixé par le Directoire et communiqué chaque année par affichage dans le hall d'entrée du CHPC et par le Conseil de la vie sociale.

4-4 PRESTATION DE RÉSERVATION DE SALLES

Le résident ou sa famille peut inviter, dans la limite des places disponibles, les personnes de son choix dans l'un des espaces collectifs de l'établissement :

- salon des familles,
- salle univers (possibilité d'y cuisiner / réchauffer plats),
- salle du tiers-lieu Ty-Buez

Les demandes de réservation doivent être adressées à l'équipe soignante minimum 7 jours avant la date de l'évènement.

4-5 PRESTATION DE BLANCHISSAGE

Le linge hôtelier est fourni et entretenu par un prestataire (draps, taies, serviettes de table, serviettes de toilette et gants).

Les vêtements des résidents sont traités par la lingerie de l'établissement sauf indication contraire de la part du résident.

Un trousseau minimal est indispensable afin de permettre le roulement du linge. Le descriptif est fourni en annexe 8. Tout le linge doit être facile d'entretien, pouvant résister aux lavages fréquents et au sèche-linge. Le linge personnel fragile (lainage, vêtement type « Damart », bas de contention etc... ne pourront être pris en charge par l'établissement. Le marquage du linge est assuré par la lingerie.

Il est demandé aux familles, afin de maintenir la dignité de leur proche, de s'assurer que le linge ne soit pas en mauvais état et de renouveler le trousseau aussi souvent que nécessaire. A chaque renouvellement ou complément, la famille prévient l'équipe soignante avant de le ranger dans la chambre du résident.

L'établissement décline toute responsabilité en cas de non-respect de ces dispositions.

4-6 AIDES A L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE

L'établissement accompagne le résident dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie en accord avec la philosophie d'accompagnement de l'EHPAD. Il s'emploie à rétablir ou maintenir son autonomie, en recherchant sa participation chaque fois que possible.

Les aides apportées par le personnel soignant concernent la toilette et les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage...), l'habillement, l'alimentation, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes les mesures favorisant le maintien, voire le développement de l'autonomie.

Le matériel d'aide aux déplacements (déambulateur, fauteuil roulant) acheté par le résident avant son entrée et accompagnant le résident lors de l'entrée devra être étiqueté à son nom afin d'éviter les pertes.

Le résident doit certifier avoir résilié l'ensemble des contrats de location de matériel médical à domicile (annexe 7).

Les produits d'incontinence sont fournis par l'établissement (produits référencés par l'institution).

Il est demandé au résident de fournir une trousse de toilette complète (annexe 8) et de veiller au renouvellement régulier de ces produits et objets.

4-7 SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

La direction de l'établissement, le médecin coordonnateur et l'équipe soignante organisent le suivi médical du résident et la continuité des soins 24h/24 : appel malade, veille de nuit assurée par aides-soignants et infirmiers. Une présence constante du personnel auprès du résident ne pourra être proposée.

En cas de problème la nuit, les médecins libéraux ne se déplaçant pas de 21h00 à 8h00 du matin, l'établissement est dans l'obligation de faire appel au SAMU (centre 15) et éventuellement de faire hospitaliser le résident (le personnel de nuit est tenu de suivre les consignes données par le médecin régulateur du SAMU).

En cas de refus du résident et/ou de représentant légal d'être transféré dans un autre établissement de santé, il est nécessaire que cette demande soit formulée par écrit.

Les informations relatives à la surveillance médicale et paramédicale figurent dans le règlement de fonctionnement (annexe 17 en pièce jointe au contrat de séjour) remis au résident avec le présent contrat. Dans tous les cas, les soins infirmiers prévus sont à la charge de l'établissement.

Le médecin coordonnateur de l'établissement est notamment chargé :

- De l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins. Il assure la coordination avec les prestataires de santé externes qui interviennent dans l'établissement : professionnels de santé, secteur psychiatrique, services d'hospitalisation à domicile, etc.
- De l'organisation de la permanence des soins : le médecin coordonnateur en lien avec le directeur et les autorités compétentes s'assure qu'il existe une réponse aux besoins médicaux des résidents, notamment la nuit et le week-end ;
- De se substituer en cas d'urgence au médecin traitant (qu'il informe ultérieurement des mesures prises)
- Des admissions : il donne son avis sur la possibilité d'admettre un nouveau résident

Un projet individualisé d'accompagnement (PIA) sera réalisé dans les 6 mois suivant l'admission.

Le PIA permet de définir précisément l'ensemble des besoins de la personne accueillie et de recueillir son avis, ses souhaits, ses envies.

Les cadres coordonnent l'équipe d'infirmiers, d'aides-soignants et d'agents des services hospitaliers. L'encadrement est responsable de l'organisation pratique du fonctionnement des unités de soins, de la garantie du bien-être de la personne âgée et de la qualité des soins.

Les infirmiers dispensent les soins sur prescription médicale et selon leur rôle propre en collaboration avec les aides-soignants.

Un infirmier en pratiques avancées (IPA) mention Pathologies Chroniques Stabilisées, Prévention et Polypathologies courantes en Soins Primaires intervient notamment sur les axes suivants :

- Réalisation des Evaluation Gériatriques Standardisées (EGS) à l'entrée en EHPAD
- Coordination et objectivation des téléconsultations gériatriques
- Personne ressource lors de situations complexes (situation de fragilités, questionnement éthique...)

Les aides-soignants et accompagnants éducatifs et sociaux (anciennement appelés aides médico-psychologiques) assurent l'accompagnement et l'aide aux soins quotidiens (l'hygiène corporelle, l'alimentation et l'hydratation, l'élimination, les déplacements).

Le résident a le libre choix de son médecin traitant, de son spécialiste ou de tout intervenant de santé extérieur (annexe 10)

Lorsque l'établissement est amené à passer des conventions particulières facilitant le fonctionnement interne, le résident ou son représentant accepte sans restriction ni contestation, le professionnel qui sera sélectionné par l'établissement.

En situation d'urgence et dans l'impossibilité de joindre le médecin traitant, l'infirmier pourra contacter un autre médecin que celui désigné par le résident.

Sur prescription médicale, des kinésithérapeutes, des orthophonistes, etc., interviennent à l'EHPAD.

L'apport des médicaments même usuels est proscrit au-delà des 48H (jours ouvrés) après l'admission.

La Direction de l'EHPAD ne peut demeurer responsable de la thérapeutique prescrite par les médecins.

L'établissement devient le substitut du domicile du résident. Ce dernier doit donc mentionner l'adresse de l'établissement sur tous les documents destinés aux organismes de prise en charge, que les soins soient dispensés dans ou à l'extérieur de l'établissement. L'établissement se charge de

signaler le changement d'adresse du résident auprès de la caisse d'assurance maladie du secteur dont dépend l'établissement ainsi que du Conseil départemental. Le résident ou son entourage devra se charger de le faire auprès des autres organismes.

Les informations médicales et paramédicales relatives au résident sont enregistrées dans le dossier patient informatisé. Le résident ou son représentant légal accepte le partage de ces informations justifié par les missions des professionnels intervenants dans sa prise en charge au sein de l'établissement.

Le médecin traitant ou le médecin coordonnateur sont les seuls professionnels susceptibles de donner des informations d'ordre médical aux familles avec l'accord préalable du résident.

Selon l'article L.1111-6 du code de la santé publique « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (annexe 1 du livret d'accueil - annexe 18 en pièce jointe au contrat de séjour) qui peut assister aux entretiens médicaux afin d'aider le résident dans ses décisions.

Conformément à l'article R1111-17 du Code de la santé publique, le résident peut exprimer sa volonté relative à la fin de vie en rédigeant des directives anticipées (annexe 2 du livret d'accueil - annexe 18 en pièce jointe au contrat de séjour).

Le cadre de proximité, l'assistante sociale et/ou la psychologue de l'établissement peuvent être sollicitées sur demande du résident ou de son représentant légal.

4-8 PRESTATION D'ANIMATION DE LA VIE SOCIALE

Des actions d'animation sont régulièrement organisées par l'établissement et ne donnent pas lieu à facturation. Un planning de ces animations est affiché sur les portes des salles de restaurant et transmis aux familles par mail. L'établissement assure les transports dans le cadre de ses activités d'animation.

Lorsque certaines prestations ponctuelles d'animation nécessitent une participation financière de la part du résident (voyages, sorties ...), elles sont signalées avec les conditions de participation. Les activités sont encadrées par des animateurs et visent au maintien du lien social.

L'image d'une personne est régie par l'article 9 du Code Civil relatif au respect de la vie privée et son exploitation relève du droit commun. Dans le cadre des animations, des photographies et/ou vidéos peuvent être réalisées. La fiche d'autorisation du droit à l'image (annexe 12) permet à l'établissement d'utiliser ces images à des fins non lucratives.

Des bénévoles conventionnés avec l'établissement participent à l'organisation d'actions d'animation. Ils sont identifiables grâce à leur badge nominatif. En coordination avec l'équipe d'animation et l'équipe de soin de l'établissement, ils interviennent et proposent des activités diverses pour les résidents.

L'EHPAD met également à disposition une salle de culte. Actuellement, un office religieux catholique est célébré 1 fois par semaine.

4-9 AUTRES PRESTATIONS

- Le résident peut bénéficier de **services d'intervenants extérieurs choisis par ses soins** : coiffeur, esthéticienne, taxi, etc. Il en supporte directement le coût. L'équipe peut être amenée à solliciter le représentant légal ou la famille d'un résident pour des prestations d'esthétique dans un souci du respect de la dignité de la personne.

- Le **courrier** est remis quotidiennement au résident, si ce choix a été fait dans le coupon réponse relatif au courrier (annexe 4).

- L'établissement permet l'accès de la personne hébergée **au WIFI**. Le mot de passe sera transmis par l'équipe soignante sur demande.

ARTICLE 5 : PROJET INDIVIDUALISÉ D'ACCOMPAGNEMENT

L'EHPAD de Crozon est avant tout un lieu de vie qui a pour mission d'accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins.

Dans les 6 mois qui suivent l'entrée, conformément à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, un projet individualisé d'accompagnement est établi par une équipe pluridisciplinaire, le résident et/ou sa famille grâce aux informations recueillies tout au long du processus d'entrée.

Il définit les objectifs de la prise en charge et les prestations adaptées à la personne. Ces objectifs sont actualisés en fonction de l'évolution de l'état du résident. Dans tous les cas, ce projet individualisé d'accompagnement est réexaminé au moins tous les ans.

Le consentement éclairé du résident est à chaque fois recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation et en veillant à sa compréhension.

Ce projet individuel, une fois finalisé, sera annexé au présent contrat.

ARTICLE 6 : COÛT DU SEJOUR

6-1 MONTANT DES FRAIS DE SÉJOUR

Les tarifs résultent d'une décision annuelle des autorités de tarification (Conseil Départemental, Agence Régionale de Santé) ; ils sont communiqués à l'établissement par arrêté et portés à la connaissance des usagers par voie d'affichage dans le hall d'entrée du CHPC.

En attente de la fixation de la révision tarifaire qui peut intervenir après le 1^{er} janvier, le prix appliqué sera celui de l'année précédente. Néanmoins, dès connaissance des nouveaux tarifs, l'établissement sera autorisé à facturer les montants non-perçus (correspondant à l'évolution n-1/n).

En application de l'article 79 de la loi du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, du décret n° 2025-168 du 20 février 2025 relatif au financement des établissements participant à l'expérimentation prévue par l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 et de l'arrêté du 6 juin 2025 concernant l'expérimentation de la participation journalière forfaitaire des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie, depuis le 1^{er} juillet 2025 et dans 23 départements dont le Finistère, mise en place d'un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie, en lieu et place des forfaits relatifs aux soins et à la dépendance. Cette expérimentation consiste en la fusion du tarif soins (financé par la Sécurité sociale) et du tarif dépendance (financé par les résidents et les conseils départementaux).

FRAIS D'HÉBERGEMENT

Le tarif d'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, de service hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies. Ce prix de journée est à la charge du résident.

Les résidents peuvent, selon leurs revenus, bénéficier de l'**Allocation Personnalisée de Logement (APL)** octroyée par la Caisse d'Allocations Familiales ou la Mutuelle Sociale Agricole. Les APL seront directement versées aux résidents à qui il appartient de faire les démarches.

Pour effectuer une simulation logement en ligne :

<https://wwwd.caf.fr/wps/portal/caffr/aidesetdemarches/mesdemarches/faireunesimulation/lelogement#/preparation>

Le service du bureau des entrées pourra vous remettre le CERFA n°10842*07 « attestation de résidence en foyer » complété et signé.

En ce qui concerne les demandes d'**aide sociale**, l'entourage est tenu d'alerter le bureau des entrées et l'assistante sociale de la nécessité éventuelle d'y recourir dans le courant du séjour. Durant la période d'instruction de son dossier de demande d'aide sociale au Département, le résident assurera le paiement de ses frais de séjour, dans la limite de 90% de ses ressources. Une régularisation sera effectuée au moment de la réception de décision du Département.

En cas de refus d'aide-sociale par le Département ou d'ajournement sine die de la demande d'aide sociale, l'établissement est fondé à recourir aux cautions solidaires, signées lors de l'admission, afin de compléter les revenus effectifs du résident au regard des frais de séjour dus (hébergement et dépendance).

Les **frais d'hébergement** sont révisés au moins chaque année et communiqués à chaque changement aux personnes hébergées.

Un dépôt de garantie, dont le montant est fixé par le Directoire est demandé à l'entrée du résident, uniquement en hébergement permanent. Il est à effectuer par virement et correspond au tarif mensuel d'hébergement.

Le service du bureau des entrées confirmera la bonne réception du dépôt de garantie.

Ce dépôt non productif d'intérêt et non soumis à T.V.A est destiné à garantir un paiement :

- Des prix des pensions et services, y compris en cas d'immobilisation de la chambre imposée (non-respect du délai de libération de la chambre, travaux nécessaires)
- Des dégradations occasionnées par le résident dans la partie privative, observées lors de l'état des lieux contradictoire
- Des pertes ou dégradation de matériel mis à disposition (clés, télécommandes...)

Cette somme sera remboursée ou versée, à qui de droit, par le Trésor Public, après le départ du résident sous déduction des sommes que celui-ci resterait devoir.

Une attestation de réception du dépôt de garantie sera réalisée et transmise au résident ou son représentant légal par l'établissement (annexe 1)

FRAIS LIÉS A LA PERTE D'AUTONOMIE

Le tarif dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liés aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôteliers et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance.

En fonction de leur niveau de dépendance évalué par le médecin coordonnateur et l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement à l'aide de la grille Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource (AGGIR) et de leurs ressources, les résidents peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) versée par le Conseil Départemental. **Celle-ci est versée directement à l'établissement et vient en déduction des frais de séjour pour les résidents finistériens.**

Cette allocation ne couvre pas la totalité des frais de dépendance, une participation forfaitaire est à la charge du résident, elle correspond au tarif de la dépendance GIR 5/6 (ticket modérateur) de l'établissement.

Les frais liés à la dépendance sont communiqués aux résidents à chaque changement.

FRAIS LIÉS AUX SOINS

L'établissement ayant opté pour un forfait global de soins dans le cadre de ses relations avec l'Assurance Maladie, cela signifie qu'il prend en charge la quasi-totalité des dépenses de soins. La prise en charge couvre la rémunération des médecins (sur la base du tarif conventionnel de secteur 1), les produits pharmaceutiques, les soins infirmiers et les interventions des autres auxiliaires médicaux, la fourniture du petit matériel et des produits usuels ainsi que les investigations biologiques courantes limitées aux bandelettes utilisables par les infirmières.

Le matériel médical spécifique, fauteuils roulants, cadres de marche, lits à hauteur variable, est fourni par l'établissement.

Le matériel médical étant fourni par l'établissement, la personne hébergée ou son représentant légal le cas échéant, s'engagent à mettre fin à la location de matériels ou d'équipements de l'ancien domicile lors de l'entrée dans l'établissement (lit médicalisé, fauteuil roulant, lève personne...).

Certaines prestations demeurent cependant exclues du forfait soin de l'établissement, notamment :

- la rémunération des médecins spécialistes exerçant à titre libéral,
- les frais de transports sanitaires,
- les soins dentaires,
- les examens de radiologie nécessitant un équipement lourd (IRM et scanner),
- tous frais liés à une hospitalisation, y compris en cas de recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) au sein de l'EHPAD.

La personne hébergée est informée que le recours à ces prestations se fera à ses frais, avec remboursement par l'Assurance Maladie, et éventuellement sa mutuelle, dans les conditions fixées par ces organismes.

L'établissement disposant d'une pharmacie à usage intérieur, les médicaments et les dispositifs médicaux ne sont pas à la charge de la personne hébergée. Par conséquent, la personne hébergée ne doit pas se procurer de médicaments ou de dispositifs médicaux auprès des pharmacies de ville et la carte vitale ne doit donc pas être utilisée en vue d'un remboursement.

6-2 FACTURATION

Une facture vous sera adressée par la trésorerie mensuellement. Chaque facture reprend l'identité du résident, le détail des prestations utilisées, la somme totale à payer.

Le résident a la possibilité d'autoriser un prélèvement automatique afin de régler la somme des prestations facturées mensuellement.

A la demande, un règlement par chèque à l'ordre du « Trésor Public » pourra être adressé à l'adresse suivante :

TRESORERIE DE BREST CH – 8 rue Duquesne – 29804 BREST CEDEX 9

Ce chèque devra être accompagné d'un courrier précisant le numéro de référence de la facture et nom/prénom du résident.

Le Trésor Public est seul habilité à recevoir ces paiements.

En signant le présent contrat, le résident ou son représentant légal, s'engage à acquitter mensuellement le montant de ses frais de séjour (annexe 2).

Cependant, en cas de difficultés, voire d'impossibilité de paiement, chacun des obligés alimentaires, doit s'engager à acquitter les frais de séjour du résident.

En cas de litige, le juge des affaires familiales est saisi : il est chargé de déterminer la participation mensuelle de chaque obligé alimentaire en fonction de ses revenus.

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION

1. RÉSERVATION D'UNE CHAMBRE

Les personnes qui demandent la réservation d'une chambre avant leur admission doivent régler les frais d'hébergement dès la date de réservation.

Pour que la réservation puisse être enregistrée, un versement égal au tarif hébergement journalier x nombre de jours de réservation doit être effectué lors de la signature de la réservation. La direction de l'établissement se réserve le droit de refuser la réservation d'une chambre.

En cas de désistement, aucun remboursement n'est pratiqué.

2. HOSPITALISATION

L'établissement garde la chambre du résident pendant son hospitalisation.

En cas d'absence pour hospitalisation d'une durée inférieure à 72 heures, le résident est uniquement redevable du tarif hébergement.

Au-delà des 72 heures, le tarif hébergement est minoré du forfait hospitalier ou psychiatrique, sans limitation de durée.

Pour le résident relevant de l'aide sociale, si le vœu du résident et/ou de son représentant est de conserver le logis, malgré la durée de l'hospitalisation et au-delà du 45^{ème} jour (règlement Aide sociale département du Finistère), le résident devra s'acquitter du plein tarif à partir du 46^{ème} jour d'hospitalisation. Dans le cas contraire, l'établissement disposera de la chambre.

3. ABSENCES POUR CONVENANCES PERSONNELLES

Le résident peut s'absenter pour raisons personnelles dans la limite **de 30 jours** par année civile, sous réserve que l'établissement soit prévenu **au moins d'une semaine à l'avance**.

En cas d'absence pour convenances personnelles inférieures à une durée de 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement.

Après 72 heures d'absence, le tarif hébergement journalier facturé est diminué du forfait hospitalier.

En cas d'absence pour convenance personnelle, le ticket modérateur dépendance n'est pas facturé à condition que la personne hébergée ait préalablement informé l'établissement de son absence.

En cas d'absence imprévue en hébergement temporaire, le tarif appliqué sera égal à 50% de la participation forfaitaire majorée du ticket modérateur (prix de journée GIR 5/6).

ARTICLE 7 : RESPONSABILITE ET ASSURANCE

Les règles générales de responsabilité applicables pour le résident dans ses relations avec l'établissement et ses différents occupants sont définies par les articles 1240 à 1244 du Code Civil (anciennement 1382 à 1384). En qualité de structure à caractère public, l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité administrative pour ses règles de fonctionnement et d'engagement d'un contentieux éventuel. Il est assuré pour l'exercice de ses différentes activités dans le cadre des lois et des règlements en vigueur.

L'établissement assure sa responsabilité de garantir la sécurité de la personne accueillie et de respecter sa liberté en optant pour un compromis : un maximum de liberté, un minimum de contraintes pour un risque limité, avec l'accord de la personne et/ou son représentant légal.

Un avenant au contrat de séjour (annexe 16) est réalisé lorsqu'un résident intègre une unité spécialisée et/ou que de mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique, la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir sont mises en place.

L'EHPAD n'est pas tenu de garantir un risque zéro, ni une sécurité totale mais il est tenu à une obligation de précaution, de prudence et de dialogue avec le résident et/ou son représentant légal.

L'établissement dispose d'une assurance collective « responsabilité civile résidents ». Elle couvre les accidents corporels et/ou matériels que le résident pourrait causer tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.

Dans le cas où le résident possède encore un bien immobilier, il doit conserver sa propre responsabilité civile, qui se subsistera à celle de l'établissement lors d'un sinistre.

Les biens et objets personnels du résident ne sont pas assurés par l'établissement en cas de vol, perte ou détérioration.

En ce qui concerne les objets de valeurs tels que bijoux, moyens de paiement et espèces, le résident a la possibilité de les déposer auprès du trésor public et ce contre reçu.

Pour éviter les pertes ou les vols, il est conseillé au résident de ne pas conserver dans l'établissement de grosses sommes d'argent, titres et objets de valeur. A défaut de cette précaution, l'administration ne pourra être tenue pour responsable.

L'établissement ne saurait être tenu responsable en cas de perte, de vol ou de détérioration de biens ou objets gardés dans la chambre.

ARTICLE 8 : DÉLAI DE RÉTRACTATION, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT

DÉLAI DE RÉTRACTATION

Conformément à l'article L. 311-4-1 du CASF, la personne hébergée ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer par écrit un droit de **rétractation dans les quinze jours** qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis ne puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif.

RÉVISION DU CONTRAT DE SÉJOUR

Les changements des termes initiaux du contrat font l'objet d'une actualisation du contrat de séjour ou d'avenants approuvés par le Directoire après avis du Conseil de la Vie Sociale.

RÉSILIATION DU CONTRAT DE SÉJOUR

Résiliation volontaire :

Passé le délai de rétractation susmentionné, à l'initiative du résident ou de son représentant, le présent contrat peut être résilié à tout moment.

➤ Le résident peut mettre fin au contrat pour raisons personnelles ; il informe l'établissement de son départ, au moins 30 jours avant, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par remise du courrier contre émargement ou réceptionné de la part de la Direction de l'établissement.

A compter de la notification de sa décision de résiliation à la Direction de l'établissement, la personne hébergée, ou son représentant légal, dispose d'un délai de réflexion de quarante-huit heures pendant lequel elle peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis.

Si le résident souhaite quitter l'établissement avant le délai de 30 jours, il doit néanmoins s'acquitter des frais d'hébergement dans la limite de ces 30 jours.

Résiliation à l'initiative de l'établissement :

1. Motifs généraux de résiliation

Conformément à l'article L.311-4-1 du CASF, la résiliation du contrat par la Direction de l'établissement ne peut intervenir que dans les cas suivants :

- En cas de cessation totale d'activité de l'établissement
- ou des soins non disponibles dans cet établissement, après que la Direction se soit assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée.

En effet, la vocation de l'établissement est d'accompagner la dépendance dans la mesure de ses moyens. En cas de **problèmes aggravés de santé**, après concertation, une orientation vers un autre établissement, long séjour ou hôpital spécialisé, devra être proposée au résident, à sa famille ou le cas échéant, à son représentant légal. Cette décision d'orientation sera prise en Commission d'Admission et d'Orientation (CAO) en concertation avec le médecin traitant et après avis de l'équipe pluridisciplinaire.

En cas de refus du résident et de sa famille ou de son représentant légal, un médiateur sera mandaté par l'établissement en vue d'une discussion finale.

Le directeur délégué peut résilier le contrat de séjour dans l'un des cas susmentionnés sous réserve d'un délai de préavis d'un mois.

2. Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil

En l'absence de caractère d'urgence, si l'état de santé du résident ne permet plus le maintien dans l'établissement, la Direction prend toute mesure appropriée en concertation avec les parties concernées, le médecin traitant s'il en existe un et, le cas échéant, le médecin attaché à l'établissement.

Le directeur délégué de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. La chambre est libérée dans un délai de trente jours après la date de notification de la décision.

En cas d'urgence, le directeur délégué de l'établissement prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant s'il en existe un et, le cas échéant, du médecin attaché à l'établissement. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le résident et/ou son représentant légal, sont informés par le directeur délégué dans les plus brefs délais de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception. La chambre est libérée dans un délai de trente jours après la date de notification de la décision.

3. Non-respect du règlement de fonctionnement et/ou incompatibilité avec la vie collective

Si le comportement du résident est **incompatible avec la vie en collectivité**, en ne respectant pas la santé, la sécurité et le bien-être des autres résidents et du personnel, la résiliation du contrat peut être envisagée.

Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé entre le directeur délégué et l'intéressé accompagné éventuellement d'une personne de son choix.

En cas de refus de cet entretien, les faits reprochés seront portés à la connaissance du résident et/ou de son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si le comportement ne se modifie pas après la notification des faits ou si ceux-ci sont contestés, le résident et/ou son représentant légal pourront être entendus par les représentants du Conseil de la Vie Sociale (CVS).

La décision définitive de résiliation du contrat appartient au directeur délégué, le cas échéant après l'avis des représentants du CVS dans un délai de trente jours. Elle est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le logement devra être libéré dans un délai de 15 jours après notification de la décision de résiliation. Le contrat de séjour et la facturation prennent fin le jour de la libération du logement.

4. Résiliation pour défaut de paiement

Tout retard de paiement supérieur à 2 mois fera l'objet d'un entretien personnalisé entre la direction et le résident et/ou son représentant légal. En cas d'échec de cette entrevue, une mise en demeure de payer est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Une solution amiable est recherchée en priorité. Un échelonnement peut éventuellement être proposé. A défaut, la résiliation peut intervenir 30 jours après réception de la sommation.

5. Résiliation de plein droit

Le décès du résident entraîne une rupture de contrat et la libération de la chambre. La famille du résident et /ou le mandataire de protection future, le tuteur ou le mandataire judiciaire de protection de la personne majeure, est informé du décès dans les plus brefs délais.

La chambre devra être rendue vacante dans les 5 jours suivants le décès. Au-delà de cette date, elle pourra être libérée par les professionnels de l'établissement.

En application de l'article R 314-149-III du code de l'action sociale et des familles, l'établissement pourra facturer le tarif hébergement journalier déduit du montant forfaitaire correspondant à la partie coût alimentaire, pour une durée maximale de 6 jours suivant le décès du résident.

CONTENTIEUX

En cas de litige, la personne et/ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits à une personne qualifiée (article L311-5 du CASF), qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Départemental. Cette liste est disponible à l'accueil de l'établissement.

Les conflits nés de l'application des termes du contrat sont, en l'absence de procédure amiable, ou lorsqu'elle a échoué, portés devant les tribunaux compétents de l'ordre judiciaire ou administratif.

ARTICLE 9 : SIGNATURE DU CONTRAT DE SEJOUR

Toutes dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute modification du contrat de séjour sera faite par voie d'avenant.

Conformément à la réglementation en vigueur,

- le contrat de séjour a été remis au résident et/ou son représentant légal quelques jours avant l'admission
- la recherche du consentement du résident s'est opérée lors des différentes étapes/rencontres du processus d'admission

La signature du présent contrat par le résident ou son représentant légal atteste de sa compréhension, de son acceptation et de son **engagement à suivre les clauses du contrat de séjour de l'EHPAD de la Presqu'île de Crozon.**

Fait à, le

**Signature du résident
ou de son représentant légal**

.....

**Signature de la directrice déléguée du centre
Hospitalier de la Presqu'île de Crozon**

.....

Annexe 1

Attestation réception du dépôt de garantie

(Seulement dans le cas d'un hébergement permanent)

Je soussignée Elisabeth PERETTI, directrice déléguée du centre hospitalier de la presqu'île de Crozon, déclare avoir reçu au titre de dépôt de garantie la somme de 2212.78 €, de la part de

M ou Mme

Sous forme :

☐ de virement en date du

☐ de chèque n° en date du

Ce dépôt, encaissé, est équivalent à 1 mois de prestation (tarif hébergement multiplié par 31 jours).

Le dépôt de garantie sera conservé par l'établissement pendant toute la durée du séjour et restitué à qui de droit par le Trésor public sous un mois à compter du jour de départ de l'établissement, déduction faite de l'éventuelle créance.

Fait à Crozon,

Le.....

**Signature de la Directrice déléguée
d'établissement :**

Engagement de payer

Je soussigné(e), ☐ Madame ☐ Monsieur NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Résident(e) de l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon

☐ Représentant de ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Lien de filiation :

☐ Mandataire judiciaire de la protection de la personne majeure :

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ Sauvegarde de justice

☐ Mandataire de protection future

M'engage à régler les frais de séjour à compter du, date d'entrée à l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Presqu'île de CROZON, ainsi que tout autre frais éventuels à charge du résident et tarifs des prestations annexes.

En cas où le résident ne serait plus en mesure d'acquitter ces frais, il s'engage à déposer immédiatement une demande d'aide sociale auprès du service compétent.

Je reconnais avoir été informé(e) :

- Des tarifs journaliers applicables
- Des dispositions de l'article L6145-11 du Code de la santé publique selon lesquelles « les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».
- Le défaut d'engagement de payer ou de respect d'engagement vaudra saisie automatique du Tribunal de grande instance de Quimper en application de l'obligation alimentaire, des articles L 708 du code de la Santé Publique et des articles 205, 206, 207 et 212 du code civil.

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

Date :

Signature :

Annexe 3

Mandat de prélèvement SEPA à compléter

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA					
Référence unique du mandat :					
Type de contrat :					
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le CENTRE HOSPITALIER DE CROZON à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CENTRE HOSPITALIER DE CROZON. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : - dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.	IDENTIFIANT CREANCIER SEPA FR 58 ZZZ 524 027				
DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	DESIGNATION DU CREANCIER Nom : CENTRE HOSPITALIER DE CROZON Adresse : RUE THEODORE BOTREL Code postal : 29160 Ville : CROZON Pays : FRANCE				
DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER					
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)</u></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>		<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)</u>	<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)</u>		
<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)</u>	<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)</u>				
Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y Paiement ponctuel Y					
Signé à : Le (JJ/MM/AAAA) :	Signature :				
DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) : Nom du tiers débiteur :					
JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)					
Rappel : <i>En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le Centre Hospitalier de Crozon. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec le Centre Hospitalier de Crozon.</i>					
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.					

En cas de réclamation relative à vos prélèvements SEPA, nous vous invitons à adresser vos demandes à : Madame la Directrice, Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon, 29160 CROZON CEDEX

Pour toute modification (ex : changement de coordonnées bancaires) ou révocation de mandat de prélèvement SEPA, nous vous remercions d'adresser vos demandes au bureau des entrées EHPAD : accueil@hopital-crozon.fr

Choix du résident pour la gestion de son courrier

Je soussigné(e), ☐ Madame ☐ Monsieur NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Résident(e) de l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon

☐ Représentant de ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Lien de filiation :

☐ Mandataire judiciaire de la protection de la personne majeure :

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ Sauvegarde de justice

☐ Mandataire de protection future

☐ demande à avoir le courrier à ma disposition dans la chambre

☐ vous informe réaliser un ordre de réexpédition global auprès des services de la Poste à l'adresse de mon choix

Date :

Signature :

Choix du résident concernant l'activation d'une ligne téléphonique

Je soussigné(e), ☐ Madame ☐ Monsieur NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Résident(e) de l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon

☐ Représentant de ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Lien de filiation :

☐ Mandataire judiciaire de la protection de la personne majeure :

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ Sauvegarde de justice

☐ Mandataire de protection future

☐ demande l'activation de la ligne téléphonique de la chambre

☐ ne souhaite pas l'activation de la ligne téléphonique de la chambre

Date :

Signature :

Annexe 6

Responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration de biens personnels

Des dispositions réglementaires offrent la possibilité à tout résident de déposer, contre reçu, tout ou partie de ses biens auprès du Receveur de l'établissement, seule personne habilitée à les conserver. (Articles R.1113-1 à R.1113-9 du code de la santé publique)

A défaut de dépôt, le résident conserve ses biens sous sa propre responsabilité sans pouvoir engager celle de l'établissement en cas de vol, de perte et/ou de détérioration.

∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞

Je soussigné(e), ☐ Madame ☐ Monsieur NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Résident(e) de l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon

☐ Représentant de ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Lien de filiation :

☐ Mandataire judiciaire de la protection de la personne majeure :

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ Sauvegarde de justice

☐ Mandataire de protection future

déclare avoir pris connaissance des dispositions réglementaires mais ne souhaite pas déposer, contre reçu, tout ou partie de mes biens auprès du Receveur de l'établissement.

Je dégage de ce fait la responsabilité de l'établissement en cas de perte, de vol de mes biens ou objets de valeur.

Date :

Signature :

Attestation de résiliation de location de matériel médical à domicile

Je soussigné(e), ☐ Madame ☐ Monsieur NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Résident(e) de l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon

☐ Représentant de ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Lien de filiation :

☐ Mandataire judiciaire de la protection de la personne majeure :

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ Sauvegarde de justice

☐ Mandataire de protection future

Certifie avoir résilié l'ensemble des contrats de location de matériel médical à domicile lors de l'entrée en EHPAD.

Date :

Signature :

Annexe 8

Le trousseau d'entrée en EHPAD et l'entretien du linge

Le trousseau d'entrée est donné à titre indicatif. L'objectif est que les personnes accueillies arrivent avec suffisamment de linge, permettant d'assurer l'hygiène, le confort et de respecter les habitudes de vie soient pour favoriser l'adaptation de la personne.

L'établissement peut assurer l'entretien des vêtements et effets personnels des résidents.

Afin de garantir la qualité de cette prestation et le bien être des personnes accueillies, nous vous demandons de bien vouloir respecter certaines recommandations :

- Le trousseau est constitué en fonction des habitudes vestimentaires, des besoins et de l'état physique du résident.
- Il est déterminé, à l'entrée en EHPAD, selon le désir du résident ou de son représentant légal, si le linge sera entretenu par les proches de la personne accompagnée ou si c'est l'établissement qui gèrera l'entretien du linge.
- Dans le cas où l'établissement s'occupe du linge : s'ils en éprouvent le besoin le résident ainsi que ses proches et la responsable de la lingerie peuvent effectuer ensemble l'inventaire des vêtements. Sinon un inventaire est dressé par la responsable de la lingerie dans les jours suivants l'arrivée en EHPAD.
- Le linge est marqué en interne par le service lingerie et cela peut être réalisé en amont de l'entrée. Le marquage du linge peut également être réalisé par le résident ou ses proches.
- Pour chaque nouvel achat, merci de prévenir le personnel de l'unité afin que le linge soit marqué par la lingerie et rajouté dans l'inventaire du résident.

Nature des articles :

Les articles « textile délicat » (pure laine, thermolactyl, soie...) ne peuvent être traités par l'établissement : ils seront identifiés par une pastille de couleur. Il appartient aux familles d'en assurer l'entretien, à leurs frais mais seront quand même marqués. Ces vêtements seront déposés dans une corbeille fournie par la famille.

L'établissement décline toute responsabilité en cas de non-respect de ces dispositions

Le renouvellement :

Les vêtements constituant le trousseau doivent être renouvelés régulièrement par la famille en fonction de leur état d'usure et des besoins des personnes accompagnées.

La reprise des vêtements :

Les vêtements non utilisés seront repris par la famille afin de limiter l'encombrement des armoires.

Je soussigné(e), ☐ Madame ☐ Monsieur NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Résident(e) de l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon

☐ Représentant de ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Lien de filiation :

☐ Mandataire judiciaire de la protection de la personne majeure :

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ Sauvegarde de justice

☐ Mandataire de protection future

M'engage à respecter les recommandations du centre hospitalier de la presqu'île de Crozon

Date :

Signature :

La liste du linge est donnée à titre indicatif pour vous aider à constituer votre trousseau personnel :

Désignation	Quantité	Qualité
Tricot de corps	7	Coton
Slip, caleçon ou culotte	10	Coton
Pyjama ou Chemise de nuit	5	Coton ou Polycoton
Robe de chambre	2	Coton ou acrylique
Paire de chaussettes	6	Pas de laine
Pull – Sweat shirt	4	Laine inférieure à 35%
Gilet	2	Laine inférieure à 35%
Chemise et Polo	4	Laine inférieure à 35%
Pantalon à taille élastique	6	Laine inférieure à 35% ou coton/acrylique 50/50
Veste, Blouson, Imper, Manteau	1	Pas de laine
Paire de chaussons avec un bon maintien du pied	2	
Paire de chaussures confortables adaptée à la personne avec un bon maintien du pied	2	
Casquette ou chapeau de paille	1	
Bonnet et gants (pour sorties si besoin)	1	
Plaid (si besoin)	1	
Ajouter pour les dames		
Soutien-gorge	3	
Combinaison (si besoin)	5	Polyester ou acrylique
Collant ou Bas (si besoin)	3	
Robe large ou Jupe (si besoin)	5	Acrylique ou Polyester
Prévoir	Un sac de voyage si besoin sorties ou hospitalisation	
	une corbeille pour déposer le linge délicat qui sera traité par la famille	

Nécessaire de toilette

Trousse de toilette
Brosse à cheveux ou un peigne + élastiques, pinces, barrettes si besoin
Savon ou gel douche (selon habitudes)
Crème hydratante non grasse et/ou crème hydratante visage
Dentifrice et/ou savon doux (recommandé pour l'entretien des dentiers)
Tube de crème adhésive dentier
Brosse à dents et/ou brosse pour dentier
Shampooing doux
Eau de toilette ou parfum ou déodorant (selon habitudes)
Maquillage et nécessaire démaquillants (selon habitudes)
Lime à ongle (si nécessaire)
Crème dépilatoire et/ou pince à épiler (selon les habitudes)
Baume à lèvres
Nécessaire pour nettoyer les lunettes
Nécessaire pour l'entretien des appareils auditifs (si besoin)
Ajouter pour les hommes
Mousse à raser
Rasoir électrique <i>ou</i> rasoirs jetables
Crème après rasage

Annexe 9

Consentement pour la réalisation d'un prélèvement sanguin, en cas d'accident du personnel avec exposition au sang

Je soussigné(e), ☐ Madame ☐ Monsieur NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Résident(e) de l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon

☐ Représentant de ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Lien de filiation :

☐ Mandataire judiciaire de la protection de la personne majeure :

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ Sauvegarde de justice

☐ Mandataire de protection future

Autorise la réalisation d'une prise de sang, en cas d'accident du personnel avec exposition au sang, afin de vérifier la négativité des sérologies des maladies à transmission sanguine.

J'ai été informé(e) par le personnel d'EHPAD des risques de transmission possible de maladies à partir du sang, et que chacun peut être porteur(se) d'une maladie sans le savoir, à la suite d'une transfusion ou d'une contamination antérieure.

J'ai compris que cet examen a pour but de déterminer la nécessité de débiter un traitement précoce pour la personne éventuellement contaminée après contact accidentel avec du sang.

Je serai informé(e) des résultats des sérologies.

Date :

Signature :

Liste des intervenants extérieurs concernant le résident

☐ Madame ☐ Monsieur NOM Prénom :

Né(e) le :

Afin de garantir un accompagnement individualisé et de respecter les habitudes de vie de chaque résident, notre établissement propose la possibilité de faire appel à des intervenants extérieurs. Dans cette perspective, nous vous invitons à compléter ce formulaire, permettant de recenser les professionnels extérieurs que vous souhaitez continuer à solliciter après l'entrée en EHPAD.

Ces informations nous permettront :

- D'assurer la **continuité des soins et du bien-être**,
- D'organiser les interventions en **cohérence avec le fonctionnement de l'établissement**,
- Et de garantir le respect des **normes d'hygiène, de sécurité et de traçabilité** en vigueur.

Médecin Traitant	
Kinésithérapeute	
Ambulance	
Ophtalmologue	
Opticien	
Pharmacie	
Dentiste	
Pédicure	
Podologue	
Dermatologue	
Cardiologue	
Rhumatologue	
Neurologue	
Hôpital ou Clinique (de préférence)	
Coiffeur	

Annexe 11

Habitudes de vie du résident

Ce recueil a pour objectif de mieux vous connaître afin de préparer au mieux votre entrée.

Civilité du résident

☐ Madame ☐ Monsieur NOM Prénom :

Né(e) le : à :

Le cas échéant civilité du représentant du résident :

☐ Madame ☐ Monsieur NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Lien de filiation :

☐ Mandataire judiciaire de la protection de la personne majeure :

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ Sauvegarde de justice

☐ Mandataire de protection future

Situation familiale du résident : ☐ Célibataire ☐ Concubinage ☐ Pacsé(e)

☐ Marié(e)

☐ Veuf (Ve)

☐ Divorcé(e)

Pour quelles raisons entrez-vous à l'EHPAD du Centre Hospitalier de Crozon ?

☐ Santé :
.....
.....

☐ Solitude/ isolement
.....

☐ Logement plus adapté
.....

☐ D e m a n d e d e l a f a m i l l e / M é d e c i n
.....
.....

Quelles sont vos attentes ?

☐ Activité / animation

☐ Sommeil

☐ Repas

☐ Hygiène / Aide à la toilette

☐ Lien social

☐ Autre(s) :
.....
.....

Habitudes de vie

Annexe 11 – Habitudes de vie du résident

Avez-vous des difficultés pour entendre ? ☐ Oui ☐ Non
 Portez-vous des appareils auditifs ? ☐ Oui ☐ Non
 Avez-vous des difficultés pour voir ? ☐ Oui ☐ Non
 Portez-vous des lunettes ? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, vous paraissent-elles encore adaptées ? ☐ Oui ☐ Non

- ✓ Heure habituelle du lever
- ✓ Heure habituelle du coucher
- ✓ Sieste ☐ Oui Heure ☐ Non

Avez-vous des activités quotidiennes / rituels ? (lecture, télévision, tricot, ...)

.....

Existe-t-il des moments où vous ne voulez pas être dérangé ? (ex : sieste, activités quotidiennes, ...)

.....

Appréciez-vous la compagnie d'autres personnes lors d'activités collectives ? (ex : repas, sorties, temps festifs, animations, ...)

.....

Quelles sont les personnes qui vous sont les plus proches ?

Nom / Prénom Lien :

Nom / Prénom Lien :

Nom / Prénom Lien :

Hygiène

Habituellement, vous prenez :

☐ Bain ☐ Douche ☐ Toilette au lavabo

Heure de la toilette : Fréquence :

Avez-vous besoin d'aide pour les soins d'hygiène ? Si oui, pourquoi et par qui ?

.....

Autres précisions éventuelles par rapport à l'hygiène / soins esthétiques ?

.....

Quels vêtements aimez-vous porter ?

.....

Alimentation : quels sont vos goûts ?

Avez-vous un régime particulier ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ?

Avez-vous des difficultés à mâcher et/ou des difficultés à déglutir ? ☐ Oui ☐ Non

Portez-vous un appareil dentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Annexe 11 – Habitudes de vie du résident

Si oui, le trouvez-vous adapté ?

☐ Oui

☐ Non

✓ Petit déjeuner, qu'aimez-vous prendre ? :

☐ Café ☐ Sucré ☐ Thé ☐ Sucré ☐ Chocolat ☐ Sucré ☐ Jus

☐ Autre :

✓ Déjeuner / Dîner :

Texture : ☐ Normale ☐ Tendre ☐ Mixée

Quels sont les aliments que vous n'aimez pas ?

.....

.....

Quels sont vos plats favoris ?

.....

.....

Aimez-vous cuisiner ? ☐ Oui ☐ Non

Allergies

Avez-vous des allergies alimentaires ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

.....

Avez-vous des allergies médicamenteuses ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

.....

Mobilité / Déplacement

Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider à vous déplacer ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous besoin de matériel pour vous aider ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de préciser (déambulateur, canne...) :

.....

Pouvez-vous vous rendre aux toilettes seul ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, avez-vous besoin d'un accompagnement ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un transit régulier ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous besoin d'une protection ? ☐ Oui ☐ Non

✓ La nuit ? ☐ Oui ☐ Non

✓ Le jour ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous l'habitude de tomber ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de préciser la fréquence, la date approximative de la dernière chute :

.....

Avez-vous peur de tomber ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour quelles raisons ?

.....

Les activités physiques adaptées (APA)

Les activités physiques adaptées correspondent à l'ensemble des activités physiques et sportives, adaptées aux capacités de chacun(e). Elles vont vous permettre de vous mobiliser et de maintenir votre autonomie.

Annexe 11 – Habitudes de vie du résident

Avez-vous l'habitude de marcher en extérieur ? ☐ Oui ☐ Non
Endroits favoris (bord de mer, forêt ...) :

Aide technique à la marche :

Périmètre de marche approximatif :

Etes-vous intéressé(e) par la gymnastique douce ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous intéressé(e) par les ateliers prévention des chutes ? ☐ Oui ☐ Non

Quelles activités appréciez-vous ?

☐ Piscine ☐ Sports de raquettes ☐ Bowling

☐ Pétanque ☐ Jeux bretons ☐ Pêche

☐ Golf ☐ Bain de pieds

☐ Autre(s) :

Animation et vie sociale

L'EHPAD est un lieu ouvert, où nous vous aidons à maintenir vos activités antérieures à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. Le service animation (ou l'équipe des US) viendra vous proposer des activités.

Avez-vous des loisirs : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Des centres d'intérêts : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Aimez-vous les sorties ? ☐ Oui ☐ Non Lesquelles :

Aimez-vous : ☐ Spectacles ☐ Cinéma ☐ Restaurant ☐ Bals

☐ Lecture ☐ Jeux ☐ Chant ☐ Dessin

☐ Tricot ☐ Musique ☐ Sorties en « plein air »

☐ Jardinage ☐ Courses : Magasin / Foire

☐ Regarder la télévision ☐ Ecouter la radio

Lire le journal ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel/lesquels ?

Etes-vous croyant ? ☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous nous en dire plus sur vos orientations religieuses ?

Souhaitez-vous aller à la messe ? ☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous fêter votre anniversaire ? ☐ Oui ☐ Non

Votre chambre

Vous pouvez personnaliser votre chambre avec vos effets personnels.

Souhaitez-vous une ligne téléphonique en chambre ? ☐ Oui ☐ Non

Existe-t-il des objets que vous souhaitez apporter en particulier (soumis à validation de l'établissement) ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des objets dont vous ne vous séparez jamais, que vous souhaitez garder sur vous ou auprès



Annexe 12

Autorisation du droit à l'image du Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon

Je soussigné(e), ☐ Madame ☐ Monsieur NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Résident(e) de l'EHPAD ou convive de l'accueil de jour du Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon

☐ Représentant de ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

Né(e) le :

☐ Lien de filiation :

☐ Mandataire judiciaire de la protection de la personne majeure :

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ Sauvegarde de justice

☐ Mandataire de protection future

1. Objet du consentement

L'EHPAD de la presqu'île de Crozon recueille le consentement du résident (ou de son représentant légal) concernant la captation et l'utilisation de son image. Ces images pourront être utilisées à des fins :

- d'identification médicale et administrative (dossier patient, téléconsultation),
- de communication interne (vie de l'établissement),
- de communication externe (supports institutionnels et publics), selon les choix ci-après.

2. Autorisations d'utilisation des images

- ☐ Je refuse toute captation et utilisation de mon image
- ☐ J'autorise uniquement l'utilisation de ma photo pour mon suivi médical (identification, téléconsultation)
- ☐ J'autorise la captation et l'utilisation de mon image pour les usages internes
- ☐ J'autorise la captation et l'utilisation de mon image pour les usages externes
- ☐ J'autorise la captation et l'utilisation de mon image pour les usages internes et externe

A. Usages médicaux et administratifs

☐ Intégration de ma photo dans mon dossier patient informatisé (DPI) pour mon identification par l'équipe soignante.

☐ Utilisation de mon image dans le cadre de la téléconsultation (téléconsultations, téléexpertise, échanges sécurisés avec des professionnels de santé).

B. Usages internes (au sein de l'EHPAD uniquement)

- ☐ Affichage dans les locaux de l'EHPAD (panneaux, couloirs, chambres, salle à manger...)
- ☐ Albums photos et diaporamas projetés lors d'animations internes
- ☐ Supports internes de communication aux familles (journal interne, newsletter papier ou électronique)

C. Usages externes (hors de l'EHPAD)

- ☐ Site internet de l'EHPAD
- ☐ Page(s) officielle(s) de l'EHPAD sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, LinkedIn...)
- ☐ Brochures, plaquettes, affiches ou autres supports de communication institutionnelle
- ☐ Articles de presse locale ou spécialisée
- ☐ Vidéos institutionnelles (reportages, témoignages, films de présentation de l'EHPAD)
- ☐ Participation à des événements publics (salons, forums, expositions)

3. Durée du consentement

Ce consentement est valable pour une durée de 1 an à compter de la signature.
Il peut être retiré à tout moment par simple demande écrite adressée à la direction de l'EHPAD.

4. Protection des données

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données, y compris des images vous concernant.

Fait à, le

**Signature du résident
ou de son représentant légal**

.....

**Signature de la directrice déléguée du centre
Hospitalier de la Presqu'île de Crozon**

.....

Annexe 13

Tarifs EHPAD Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon au 1^{er}

janvier 2025



CROZON, le 14 février 2025

Objet : Changement des tarifs EHPAD au 1^{er} janvier 2025

Madame, Monsieur,

Le Conseil Départemental du Finistère vient de nous faire part des nouveaux tarifs.
Prix de journée Hébergement, Dépendance et Réservation, applicables depuis le 1^{er} janvier 2025 :

Résident + 60 ans	Prix de journée Hébergement	Tarif Dépendance **	Aide du Conseil Départemental versée à l'Etablissement ***	Ticket Modérateur Dépendance
GIR 1 – 2	71.38 €	21.37 €	15.62 €	5.75 €
GIR 3 – 4	71.38 €	13.56 €	7.81 €	5.75 €
GIR 5 – 6	71.38 €	5.75 €	0 €	5.75 €

Tarifs réservation	Hospitalisation : 51.38 €
	Hospitalisation psychiatrique : 56.38 €
	Convenance personnelle : 48.88 €

Tarifs – 60 ans	Prix de journée Hébergement	Tarif réservation
	89.90 €	Hospitalisation 69.90 € Hospitalisation psychiatrique : 74.90 € Convenance personnelle : 67.40 €

Nous vous rappelons également que, en accord avec le Conseil de Surveillance, le Conseil de Vie Sociale et la convention « dotation globale APA » signée avec le Conseil Départemental du Finistère, seul le ticket modérateur de la dépendance est facturé et non la totalité de ce tarif **.

Le personnel administratif et moi-même restons à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions.

La Directrice Déléguée

Elisabeth PERETTI

P.O.

*** Sauf cas particuliers :

- 1- Personne résidant auparavant dans un autre département
- 2- Participation financière personnelle demandée par le Conseil Départemental du Finistère.

Adresse Postale : B. P. 9 - 29160 CROZON ☎ 02 98 26 67 25
Email : accueil @ hopital-crozon.fr

Annexe 14

Contacts utiles à l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon

- ✓ **Standard** : 02 98 26 28 00
- ✓ **Bureau des entrées EHPAD** : Mme PISANI Joëlle est joignable par mail accueil@hopital-crozon.fr ou au 02 98 16 67 25
- ✓ **Assistante sociale** : Mme DERRIEN Emeline est joignable par mail service.social@hopital-crozon.fr ou au 02 98 16 66 46
- ✓ **Mme PURSON Armelle, cadre de santé, est en responsabilité des unités :**
 - Les Phares et Stiff
 - L'accueil de jour
 - Le service d'animationMme PURSON est joignable par mail cadresocioeducatif@hopital-crozon.fr ou au 02 98 16 66 52

L'Infirmier(ière) des Phares et Stiff est joignable au 02 98 16 66 88.

- ✓ **Mme MONTEIRO Coralie, infirmière coordinatrice, est en responsabilité des unités :**
 - Les Iles et Sein
 - Les Pointes et les EspagnolsMme MONTEIRO est joignable par mail coralie.monteiro@hopital-crozon.fr ou au 02 98 16 66 79

L'Infirmier(ière) des Iles et Sein est joignable au 02 98 16 66 86

L'Infirmier(ière) des Pointes et les Espagnols est joignable au 02 98 16 66 86

En cas de plaintes ou réclamations, vous pouvez en parler directement à Mme PURSON ou Mme MONTEIRO mais également contacter Mme VERGER Delphine, secrétaire de direction, joignable au 02 98 16 66 04 et par mail secretariat@hopital-crozon.fr

Etat des lieux privés mis à disposition

N° de chambre : de ☐ Madame ☐ Monsieur NOM Prénom :

.....

CHAMBRE	Etat à l'entrée			Observations	Etat au départ			Observations
	Bon	Moyen	Dégradé		Bon	Moyen	Dégradé	
Murs / sol / plinthes								
Porte entrée + porte sanitaires								
Radiateur								
Volets roulants Rideaux								
Fenêtre								
Lumières / Veilleuse								
Appel malade								
Lit / barrières et accessoires								
Matelas / Couvre lit								
Fauteuil								
Chaise								
Chevet								
Placard								
Bureau								
Table de lit								
Téléviseur + télécommande								
Téléphone								
Prises / interrupteurs								
SALLE DE BAIN	Etat à l'entrée			Observations	Etat au départ			Observations
	Bon	Moyen	Dégradé		Bon	Moyen	Dégradé	
Murs / sol / plinthes								
WC								
Meuble / Lavabo								
Douche								
Robinetterie								
Lumières								
Barre d'appui								
Appel malade								

Meubles apportés par le résident :	Meubles restitués le
	A (Nom – Prénom)
	Signature :

Entrée faite le,	Clé de la chambre remise au résident : Oui ☐ Non ☐
Signature du résident ou représentant légal	Signature d'un professionnel du CHPC (indiquer nom – prénom)
Départ fait le,	Clé de la chambre restituée : Oui ☐ Non ☐
Signature du résident ou représentant légal	Signature d'un professionnel du CHPC (indiquer nom – prénom)

Annexe 16

**Avenant contrat de séjour : mesures individuelles permettant
d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de
soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir**

Entre :

Le Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon (CHPC) représenté par délégation par Madame Elisabeth PERETTI, Directrice déléguée de l'établissement, situé 4 rue Théodore Botrel, 29160 Crozon.

Désigné ci-après « l'établissement »

Et :

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

Né(e) le :

Adresse postale :

Adresse Mail :

Téléphone :

Pris en sa personne

Dénommé ci-après « le résident »

Le cas échéant, représenté par :

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom :

Né(e) le :

Adresse postale :

Adresse Mail :

Téléphone :

☐ Lien de filiation :

☐ Mandataire judiciaire de la protection de la personne majeure :

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ Sauvegarde de justice

☐ Mandataire de protection future

Dénommé ci-après, « représentant légal »

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L.311-4 et 311-4-1,

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

La liberté d'aller et venir est un principe de valeur constitutionnel, qui reconnaît à l'individu le droit de se mouvoir et de se déplacer d'un endroit à l'autre. L'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée, telle qu'introduite par l'[article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles](#), garantit au résident le droit à son autonomie et la possibilité de circuler librement. Le législateur énonce les modalités de mise en œuvre concrète de la liberté d'aller et venir au regard notamment des nécessités liées au respect de l'intégrité physique et de la sécurité de la personne. L'annexe au contrat de séjour mentionnée à l'[article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles](#) 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 ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. L'annexe au contrat de séjour est le fruit du travail pluridisciplinaire de l'équipe médico-sociale de l'établissement, qui s'appuie sur les données de l'examen médical du résident, dans le respect du secret médical, pour identifier les besoins du résident. S'il le souhaite, le résident et, le cas échéant, le représentant légal ou, après accord du résident, sa personne de confiance, peut demander, préalablement à la signature de l'annexe, à être reçu par le médecin pour bénéficier d'explications complémentaires, notamment d'ordre médical, sur les mesures envisagées.

Article 1^{er} : Objet de l'annexe

La présente annexe définit les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires 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 les médecins de l'établissement, 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.

Article 2 : Examen médical

L'examen médical du résident est intervenu le Il a été réalisé par le docteur [prénom, nom]..... L'équipe médico-sociale de l'établissement s'est réunie afin d'évaluer, avec le médecin ayant procédé à l'examen du résident, les bénéfices et risques des mesures envisagées.

Le projet d'annexe au contrat de séjour a été remis par [prénom, nom, fonction] ☐ au résident ; ☐ à son représentant légal ; ☐ à sa personne de confiance, le

Article 3 : Mesures particulières prises par l'établissement

Conformément à l'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, « dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. »

Dans le cadre du soutien à l'exercice de la liberté d'aller et venir du résident au sein de l'établissement, l'établissement 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 porte une attention particulière à la promotion de la liberté d'aller et venir du résident, quel que soit son état de santé, dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité.

Dans ce cadre, l'établissement est tenu de rechercher, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin, 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.

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.

Tableau à compléter sur la base de l'évaluation médicale du résident

MESURES PROPOSEES	ACCORD	ABSENCE D'ACCORD	OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

Article 5 : Evaluation de l'adaptation des mesures individuelles mentionnées dans l'annexe au contrat de séjour

L'établissement s'engage à procéder à une évaluation continue de l'adaptation des mesures individuelles prévues dans la présente annexe. 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 6 : Modalités de révision de l'annexe

Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, à la demande écrite du résident ou de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il peut également faire l'objet d'une révision à l'initiative du directeur de l'établissement, du médecin.

Fait le..... à Crozon,
Signature du résident ou du
représentant légal ou personne de confiance :
.....

Directrice déléguée de l'établissement
Elisabeth PERETTI
Signature :