



Pôle Personnes Agées

# Etablissement de **Soins de Longue Durée** (ESLD)

## SOMMAIRE

<b>Annexe 1 - Engagement de payer .....</b>	<b>3</b>
<b>Annexe 2 - Engagement de réservation .....</b>	<b>5</b>
<b>Annexe 3 - Acte d'engagement de caution solidaire .....</b>	<b>7</b>
<b>Annexe 4 - Formulaire de désignation de la personne de confiance .....</b>	<b>11</b>
<b>Annexe 5 - Symboles à éviter en blanchisserie industrielle .....</b>	<b>13</b>
<b>Annexe 6 - Liberté d'aller et venir .....</b>	<b>15</b>
<b>Annexe 7 - Formulaire d'autorisation de droit à l'image .....</b>	<b>20</b>

**Annexe 1 - Engagement de payer**

Je soussigné(e), M. \_\_\_\_\_

Hébergé(e) depuis le \_\_\_\_\_

à

□ **l'ESLD Font-Douce, Rond-point de Girac, 16000 Angoulême,**

M'engage à m'acquitter, auprès de la Trésorerie du Centre Hospitalier d'Angoulême, de mes frais d'hébergement sur présentation de la facture, conformément aux arrêtés fixant le tarif journalier en vigueur pour l'année d'entrée et aux arrêtés ultérieurs d'actualisation des tarifs, qui me seront communiqués chaque année, sous réserve de changement de G.I.R. (en particulier pour les résidents non originaires de la Charente).

Je reconnais avoir été informé des tarifs journaliers indiqués dans le document annexe.

En cas d'impossibilité de ma part, je désigne **un référent**, responsable du règlement de mes factures ou toutes autres démarches administratives

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

**Qualité :** \_\_\_\_\_

Le référent ci-dessus désigné donne son accord et reconnaît avoir été de l'étendue de son engagement financier en cas de défaillance du résident redevable de l'établissement.

<i>Signature du résident ou de son représentant légal précédé de « lu et approuvé »</i>	<i>Signature du référent précédé de « lu et approuvé »</i>
....., le	....., le



Je soussigné (e) .....

certifie réserver la chambre n° \_\_\_\_\_

à l'Etablissement de Soins de Longue Durée (ESLD)

pour M \_\_\_\_\_

à compter du \_\_\_\_\_

Le tarif appliqué pour la réservation sera le tarif hébergement jusqu'à la veille de l'entrée.

Lu et approuvé,

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

SIGNATURE



ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE (article 2011 du Code Civil)

Etablissement de Soins de Longue Durée

Caution signataire du présent engagement

NOM et Prénom : .....

Domicile : .....

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de :

-----

Somme en toutes lettres : -----

-----

Le signataire déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations du résident.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais d'hébergement elle n'ait pas dénoncée le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

*La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main (sur les deux originaux) la mention ci-après :*

« Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion ni de division :

- pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé, je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois,
- pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne âgée si cette dernière ne peut bénéficier de l'APA,
- pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles. »







**Annexe 4 - Formulaire de désignation de la personne de confiance**  
mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le à \_\_\_\_\_

Désigne

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le à \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe professionnel portable \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : **oui**  **non**

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : **oui**  **non**

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : **oui**  **non**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

Cosignature de la personne de confiance

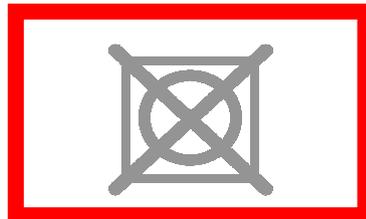




Les articles textiles avec les pictogrammes ci-dessous sont à éviter car ils ne pourront être traités conformément à vos attentes en blanchisserie



LAVAGE INTERDIT



SECHAGE INTERDIT

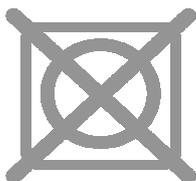


LAVAGE A LA MAIN



**Pure laine ou si plus de 30% de laine, cuir et similicuir**

Ex : Gilets, pulls, pantalons et vestes de costume, jupes, manteaux...



**Rhovyl, Elasthane ou thermolactyl**

Ex : Sous-vêtement, chemises, caleçon...

Pour tout renseignement, les lingères sont à votre disposition :

- ◆ EHPAD Beaulieu : du lundi au vendredi de 8h à 16h au 1<sup>er</sup> étage (service administratif)
- ◆ EHPAD La Providence : du lundi au vendredi de 8h à 16h au rez-de-jardin
- ◆ EHPAD Font-Douce / Girac : du lundi au vendredi de 8h à 16h au rez-de-chaussée Font-Douce



**CONTRACTANTS**

Entre :

L'ELSD du Pôle Personnes Agées du Centre Hospitalier d'Angoulême  
représenté par Laurence DUCOURET, Directrice Adjointe, chargée de la politique gériatrique  
Désigné ci-après « l'établissement »,

Et :

Mme/M. ....

Résident de l'établissement

Etablissement de Soins de Longue Durée

Désigné ci-après « la personne hébergée » ;

Vu le [code de l'action sociale et des familles](#), notamment ses articles L. 311-4 et L. 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 à la personne hébergée 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. Cette annexe 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 de la personne hébergée le requiert. Il a pour objectif d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins individuels de la personne hébergée 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.

Cette annexe est le fruit du travail pluridisciplinaire de l'équipe médico-sociale de l'établissement, qui s'appuie sur les données de l'examen médical de la personne hébergée, dans le respect du secret médical, pour identifier les besoins de la personne hébergée.

S'il le souhaite, la personne hébergée et, le cas échéant, la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique ou, après accord de la personne hébergée, sa personne de confiance, peut demander, préalablement à la signature de l'annexe, à être reçu par le médecin coordonnateur ou à défaut, par une personne de l'équipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation pluridisciplinaire ou par le médecin traitant, pour bénéficier d'explications complémentaires, notamment d'ordre médical, sur les mesures envisagées.

L'annexe est signée lors d'un entretien entre la personne hébergée et, le cas échéant, de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou en présence de sa personne de confiance, et le directeur d'établissement ou son représentant.

**Article 1 - Objet de l'annexe 6**

La présente annexe définit les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires que le médecin coordonnateur propose au directeur de l'établissement pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne hébergée et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir au sein de la structure.

Ces mesures sont élaborées par le médecin coordonnateur, ou à défaut le médecin traitant, et l'équipe médico-sociale de l'établissement en fonction des besoins identifiés à la suite de l'examen médical de la personne hébergée et après analyse des risques et des bénéfices de ces mesures. Ces mesures sont élaborées conformément au cadre constitutionnel et légal rappelé en préambule. La présente annexe prévoit également les modalités relatives à sa durée, à sa révision et à son évaluation.

**Article 2 - Equipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation de la personne hébergée**

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

Participaient à cette évaluation les personnes suivantes :

Prénom, Nom	Fonction

Le projet d'annexe a été remis par

[prénom nom]..... [fonction].....

à la personne hébergée, à son représentant légal ou le cas échéant, à sa personne de confiance le ..... [date].

La personne hébergée et/ou son représentant légal et/ou la personne de confiance a émis les observations suivantes :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **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 de la personne hébergée 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 de la personne hébergée 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 de la personne hébergée, 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 coordonnateur, le consentement de la personne hébergée 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 de la personne hébergée prises par l'établissement sont retracées dans le tableau ci-dessous, dans lequel la personne hébergée exprime son acceptation.

Tableau à compléter sur la base de l'évaluation pluridisciplinaire de la personne hébergée

<b>MESURES PROPOSÉES</b>	<b>ACCORD</b>	<b>ABSENCE D'ACCORD</b>	<b>OBSERVATIONS complémentaires</b>

### **Article 4 - Durée de l'annexe 6**

La présente annexe est conclue pour une durée de ..... Elle peut être révisée à tout moment et les mesures qu'elle comporte sont réévaluées au moins tous les six mois.

### **Article 5 - Evaluation de l'adaptation des mesures individuelles mentionnées dans l'annexe 6**

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 6 peut être révisé à tout moment, à la demande écrite de la personne hébergée 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 coordonnateur ou du médecin traitant en l'absence du médecin coordonnateur.

Fait en double exemplaire à .....

le .....

Signature de la personne hébergée  
et/ou de son représentant légal

**La Directrice du Pôle Personnes Agées**

**Laurence DUCOURET**



## Annexe 7 - Formulaire d'autorisation de droit à l'image

### Personne majeure

**Je soussigné(e) :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

### Personne majeure sous tutelle

**Je soussigné(e) :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :**

.....  
.....  
.....

**Représentant(e) légal(e) de :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

Résidant à :

Etablissement de Soins de Longue Durée

**autorise - n'autorise pas** (barrer la mention inutile)

- la prise de photographies dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement,
- la diffusion des photographies réalisées pour les usagers suivants :
  - exposition de photographies au sein de l'établissement,
  - publication dans le petit journal et/ou sur le site Internet de l'Etablissement,
  - diffusion dans le cadre des articles transmis à la presse locale.

Cette utilisation concernera la durée d'hébergement.

Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. La publication ou la diffusion des photographies ne devront pas porter atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en fait et le droit de retrait des photographies.

**Date :**

**Signature**

