



**LES AMITIÉS
D'ARMOR**

4 rue de Quercy - 29200 BREST

Tél. 02.98.03.15.80 - Fax 02.98.47.29.81

Contrat de séjour

PREAMBULE

Lors de l'admission d'une personne dans un établissement médico-social, un contrat de séjour écrit est établi entre l'établissement et l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant légal.

Cette obligation s'appuie sur :

L'article 1^{er} de la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

Le fonctionnement des ACT :

Conformément au décret n° 2002 – 1227 du 3 octobre 2002 :

« Les Appartements de Coordination Thérapeutique sont des structures qui hébergent à titre temporaire, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Ils fonctionnent sans interruption et s'appuient sur une double coordination médico-psychosociale, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ».

Au sein de notre établissement, nous accueillons des personnes seul(e)s, en couple, avec ou sans enfants.

Nous souhaitons tous vivement que votre séjour se déroule dans les meilleures conditions et je vous invite, en cas de questions ou de difficultés particulières, à en faire-part sans hésitation à l'équipe de professionnels.

Karine PAQUIÉ, Directrice.

OBJECTIFS DU PRESENT CONTRAT DE SEJOUR PERSONNALISE :

L'hébergement à titre temporaire au sein de la Résidence KER DIGEMER, dont la mission est d'accueillir des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical, a pour but - avec votre collaboration - de vous aider à identifier, construire et mettre en œuvre votre projet de séjour personnalisé et votre projet à la sortie du dispositif, à partir des modalités et des objectifs suivants.

1) Objectifs de votre période d'adaptation :

A votre arrivée, dès votre entrée dans les lieux, une période d'adaptation de quatre semaines se met en place pour mieux se connaître mutuellement et réaliser avec vous les objectifs suivants :

- Mettre en œuvre ou poursuivre votre traitement médical.
- Vérifier votre respect du règlement de fonctionnement de l'établissement, ainsi que du règlement intérieur
- Evaluer votre autonomie dans les actes de la vie quotidienne : gestion du budget, courses, préparation des repas, entretien du logement, utilisation du matériel, utilisation des transports en commun
- Evaluer votre adhésion au projet des ACT et votre mobilisation autour de votre projet de séjour.
- Elaborer avec vous votre premier Projet Individualisé d'accompagnement

2) Bilan de votre période d'adaptation :

A la fin de votre période d'adaptation trois cas de figure se présentent :

- Votre période d'adaptation n'est pas satisfaisante (pas d'adhésion au projet de soins, non-respect du règlement de l'établissement, autonomie insuffisante, non mobilisation autour du projet de séjour), une fin de séjour est prononcée par la commission de projet de séjour et un délai vous est fixé le temps de vous proposer une réorientation plus adaptée.
- Votre période d'adaptation n'est pas totalement satisfaisante, et elle est prolongée d'un mois par la commission.
- Votre période d'adaptation est satisfaisante et votre séjour se poursuit

3) Modalités de votre accompagnement :

L'équipe s'engage à assurer votre accompagnement personnalisé. Des professionnels peuvent être amenés à vous rencontrer, chez vous régulièrement, afin de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour atteindre le but que vous vous êtes fixé :

Le Chef de service est à votre disposition pour vous écouter et répondre à toutes vos interrogations, afin de coordonner efficacement l'ensemble de votre séjour. Il vous rencontrera régulièrement aux différentes étapes de bilan de votre séjour, et autant que de besoin.

Par ailleurs, l'équipe assure, du lundi au vendredi, un accueil sans rendez-vous,

Vous vous engagez à :

- Honorer les rendez-vous fixés par les professionnels, dans les bureaux du service ou sur votre lieu d'hébergement.
- Participer activement aux différentes démarches et/ou activités sociales, éducatives et d'insertion professionnelles définies avec les professionnels, dans la mesure où votre état de santé vous le permet.
- Rencontrer régulièrement le psychologue dans le service ou à votre logement si vous êtes dans l'impossibilité de vous déplacer.

- Vous investir dans votre projet de soins en rencontrant l'infirmière coordinatrice et le médecin coordonnateur, et vous conformer aux prescriptions médicales.

4 Objectifs de votre Projet Individualisé d'accompagnement :

A la fin de votre période d'adaptation vos objectifs de séjour seront définis et élaborés, par vous et avec vous.

Ils seront notifiés dans un document, intitulé « Projet d'Accompagnement Individualisé. » (P.A.I.) que vous signerez conjointement avec le Chef de service pour confirmer votre engagement.

5 Bilans et révisions de votre P.A.I. :

Un bilan sera réalisé avec vous par le professionnel Référent de l'équipe, afin de :

- Faire le point sur vos objectifs définis de projet de séjour personnalisé.
- Entendre le bilan de l'équipe des ACT.
- Réajuster certains objectifs.
- Faire évoluer, si besoin, votre projet de vie à la sortie des ACT.
- Préparer votre sortie des ACT par l'élaboration de votre dernier P.A.I.
- Suite à ce temps de bilan, une commission de projet de séjour sera réunie avec le Chef de service, les professionnels de l'équipe afin de vérifier la réalisation des objectifs prévus et d'envisager la suite à prévoir en tenant compte de vos attentes, à savoir soit :
 - ✓ La poursuite de votre contrat de séjour, avec un nouveau PAI
 - ✓ La mise en œuvre de votre projet de vie à la sortie des ACT

CONDITIONS D'ADMISSION

La décision d'admission est prononcée par la Directrice de l'établissement, sur avis de la commission d'admission, après étude d'un dossier comportant :

- Rapport médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure.
- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur.
- Les dossiers de demande d'admission type mis à disposition et dûment remplis par le professionnel instruisant la demande.

Les conditions de séjour communes à l'ensemble des personnes accueillies vous ont été précisées lors de votre arrivée par le Chef de service ou son représentant, et un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement de l'établissement ainsi que la charte des droits et libertés de la personne accueillie vous ont été remis.

CONDITIONS FINANCIERES

Si vous disposez de ressources mensuelles, vous vous engagez à :

- Régler une caution, pour l'appartement mis à votre disposition, s'élevant à 50 €. Cette somme vous sera restituée après état des lieux de votre logement et restitution des clés, le jour de votre sortie.
- Participer financièrement, en complément de l'Etat sur les bases de 10 % du forfait journalier hospitalier soit 1,8 €, soit 54 € par mois et par personne. La participation au règlement des charges locatives, d'eau, d'électricité et de chauffage est fixé à 15 euros par mois. Cette participation doit être réglée à terme échu, auprès du Chef de service, avant le 10 du mois suivant, sur présentation d'une facture.

DUREE DU CONTRAT

Conformément à la circulaire du 30 octobre 2002, la durée du séjour est définie par l'établissement en lien avec la personne hébergée sur la base de son projet de séjour personnalisé.

Ce présent contrat prend fin dans les situations suivantes :

- Par la réalisation de vos objectifs personnels, permettant une insertion ou favorisant la poursuite de votre insertion professionnelle et sociale à la sortie de notre établissement, dans le cadre d'un hébergement ou d'un logement adapté.
- A tout moment, par une réorientation vers une structure plus adaptée à votre situation, en accord avec vous.

CONDITIONS DE RESILIATION DU CONTRAT

1/ Résiliation à l'initiative du résident

- En cas d'inadéquation entre vos attentes et les prestations proposées par l'établissement, la décision doit être notifiée au directeur de l'établissement.
- Au terme de la durée déterminée par votre projet personnalisé.

2/ Résiliation pour inadéquation de l'état de santé aux possibilités d'accueil de l'établissement

Si l'état de santé de l'utilisateur ne permet plus son maintien dans l'établissement, il pourra être mis fin au présent contrat après avis de la Commission d'Admission, sauf situation urgente nécessitant un départ immédiat.

3/ Résiliation par défaut de paiement

Le défaut de paiement d'une redevance devra être régularisé dans un délai de 8 jours francs à compter de la notification qui sera faite par lettre recommandée avec accusé de réception. A défaut le Contrat sera rompu sans préavis.

4/ Résiliation à l'initiative de la direction

- En cas de manquement ou de non-respect de ce contrat de séjour
- Une résiliation définitive du contrat de séjour pourra être établie après l'avis de la commission d'admission en cas de non-respect caractérisé et répété du règlement intérieur.

RESPONSABILITES RESPECTIVES DE L'ETABLISSEMENT ET DE L'USAGER POUR LES BIENS ET OBJETS PERSONNELS

- En cas de vol d'objets personnels l'association ne pourra être tenue pour responsable.
- En cas de dégradation volontaire des locaux, matériels et (ou) mobiliers à disposition des résidents, par ceux-ci, un dédommagement leur sera demandé.

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Le Règlement de Fonctionnement dans lequel sont définies les modalités de fonctionnement des ACT est remis au résident, simultanément au présent contrat.

Signataires

Le présent contrat est conclu entre :

D'une part,

L'Association les Amitiés d'Armor, représentée par Madame Karine PAQUIÉ

Agissant en qualité de directrice

D'autre part,

Madame, Monsieur (Nom, Prénom).....

Né(e) le à

Ci-après dénommé « Le résidant »

Représenté par (le cas échéant),

Madame, Monsieur.....

Domicilié(e)

Lien de parenté (1)

Ci-après dénommé « le représentant légal »

Préciser s'il s'agit d'une tutelle, d'une curatelle, d'une sauvegarde de justice ou d'un mandataire contractuel désigné par le résident. En cas de tutelle, de curatelle ou de sauvegarde de justice, joindre une copie de jugement. En cas de décision de justice visant une mise sous tutelle ou sous curatelle en cours de séjour, la direction de la résidence devra en être informée.

Le présent contrat vise un séjour en ACT pouvant être assuré toute l'année 24/24

Madame, Monsieur.....sera accueilli à compter du

L'établissement s'engage à respecter les propositions énoncées ci-dessus, dans la continuité de votre projet, mais ne pourra être tenu pour responsable des objectifs non atteints.

Vous vous engagez à accepter l'accompagnement tel qu'il a été proposé ainsi que les conditions d'hébergement et le règlement de fonctionnement.

Nous vous souhaitons toute réussite dans la réalisation de vos projets.

Fait à , le

En deux exemplaires originaux

LE REPRESENTANT DE L'ASSOCIATION

Signature précédée de la mention

« lu et approuvé »

LE RESIDANT OU SON REPRESENTANT LEGAL,

Signature précédée de la mention

« lu et approuvé »