



cerfa  
N°14732\*03

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE  
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ**

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___/___/___	Date d'entrée souhaitée : ___/___/___
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___/___/___	Date exacte (le cas échéant) : ___/___/___
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : ___
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___/___/___	Date d'entrée souhaitée : ___/___/___
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___/___/___	Date exacte (le cas échéant) : ___/___/___
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : ___/___	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : ___/___
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**Commentaire de l'établissement**

## 2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

**Attention :** Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.  
Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

### Constitution du dossier :

#### Le dossier comporte :

- **un volet administratif :** il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.) ;  
Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- **un volet médical :** il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

#### Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes<sup>1</sup> :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
  
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Justificatifs attestant du montant de retraite
  
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)
  
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

**Vous pouvez également consulter le site internet [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.**

Ce document Cerfa pourra alimenter le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (via trajectoire le cas échéant).

**NB :** Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département.  
Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

<sup>1</sup> Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.



**Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)**

SAAD<sup>1</sup>  SSIAD<sup>2</sup>  SPASAD<sup>3</sup>  Accueil de jour  HAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : \_\_\_\_\_

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)<sup>4</sup> ? OUI  NON

**Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)**

**3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

- La personne concernée elle-même : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

**Adresse 1**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

Personne B : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

**Adresse 2**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

<sup>1</sup>SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

<sup>2</sup>SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

<sup>3</sup>SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

<sup>4</sup>Centre local d'Information et de coordination / Méthode d'action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

#### 4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI  NON  EN COURS<sup>1</sup>

Si OUI, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale<sup>2</sup>

Mandat de protection future<sup>3</sup> actif<sup>4</sup>  non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur  Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement


#### Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### 5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI  NON

Si OUI :

Nom

Prénom

#### Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

<sup>2</sup> L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

<sup>3</sup> Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

<sup>4</sup> Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

**6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)**

**Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?**

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite :  Précisez : \_\_\_\_\_
- Aide sociale à l'hébergement : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI  NON
- Prestation pour tierce personne : OUI  NON

**AUTRES COMMENTAIRES**

Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

# DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Demande urgente OUI  NON

**Civilité :** Monsieur  Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

**Médecin qui renseigne le dossier**

**Nom – prénom :**

**Adresse :**

**N° de téléphone :**

**Contexte de la demande (cocher la mention utile)**

Soutien à domicile difficile<sup>1</sup>

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : \_\_\_\_\_

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI  NON

Si oui, dans quel service ? \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées<sup>2</sup> ? OUI  NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI  NON

**Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)**

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,  
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI  NON

**Coordonnées du médecin spécialiste :**

<sup>1</sup> Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

<sup>2</sup> Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_professionnels\\_v11\\_actualisation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf)

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé<sup>1</sup>

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

--

Taille

Poids

Maigrissement récent<sup>2</sup>

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles <sup>3</sup>	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :  Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			Si OUI, précisez laquelle : <ul style="list-style-type: none"><li>- visuelle ;</li><li>- auditive</li><li>- gustative</li><li>- olfactive</li><li>- vestibulaire</li><li>- tactile</li></ul>			Si OUI, précisez laquelle : <ul style="list-style-type: none"><li>- Kinésithérapie</li><li>- Orthophonie</li><li>- Autre (précisez)</li></ul>		

Risque de chute 

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse route 

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs 

Oui	Non
-----	-----

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

<sup>2</sup> Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

<sup>3</sup> Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		
	date du dernier prélèvement :		

Données sur l'autonomie		A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques <sup>4</sup>	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		
Stade :		

<sup>1</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

<sup>2</sup> B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe ( <i>morphine, insuline, ...</i> )		

Durée du soin :
Type de pansement ( <i>préciser</i> ) :

**Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)**

**Signature, date et cachet du médecin**

*Médecine*  
*Soins Médicaux et de Réadaptation*  
*E.H.P.A.D.*

2 rue Gaston Cheq - 10200 Bar-sur-Aube

☎ : 03.25.27.09.97 - 📠 : 03.25.27.13.86  
Email : [bsa.contact@hcs-sante.fr](mailto:bsa.contact@hcs-sante.fr)

# Votre séjour en E.H.P.A.D.

(Etablissement d'Hébergement  
pour Personnes Agées Dépendantes)

Vous avez choisi de séjourner dans notre Etablissement. Honorée de votre confiance, notre équipe mettra en œuvre tous les moyens dont elle dispose pour rendre votre séjour le plus agréable possible.

Vous trouverez dans cette pochette tous les renseignements utiles à votre séjour.

Nous vous serons reconnaissants de nous faire part de vos suggestions pour nous permettre d'améliorer la qualité de notre accueil.

Merci et bon séjour.

La Direction

*L'intégralité du document est disponible en scannant le QR code suivant*

*Ou consultable au bureau des admissions*



## SOMMAIRE

	Pages
<b>◆ <u>PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE :</u></b>	<b>3 à 4</b>
✓ Historique	
✓ Votre Centre Hospitalier vous accueille	
✓ Vous êtes notre hôte	
✓ Situation géographique	
<b>◆ <u>LE SECTEUR SANITAIRE :</u></b>	<b>5</b>
✓ Court séjour : Médecine	
✓ Soins de suite et de réadaptation	
<b>◆ <u>ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES</u></b>	<b>5</b>
<b>◆ <u>LES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES :</u></b>	<b>5</b>
<b>◆ <u>LES SERVICES LOGISTIQUES :</u></b>	<b>6</b>
<b>◆ <u>C.H. DE BAR-SUR-AUBE : VERITABLE ETABLISSEMENT DE PROXIMITE :</u></b>	<b>6</b>
<b>◆ <u>VOTRE ENTREE DANS LE SERVICE E.H.P.A.D</u></b> (Etablissement d'hébergement pour Personnes âgées Dépendantes)	<b>8 à 9</b>
<b>◆ <u>VOTRE SEJOUR EN E.H.P.A.D</u></b>	<b>09 à 13</b>
✓ Droits et obligations	
✓ Valeurs et argent	
✓ Coiffure	
✓ Pédicure	
✓ Courrier	
✓ Visites	
✓ Linge personnel	
✓ Culte	
✓ Pourboires	
✓ Repas	
✓ Téléphone	
✓ Objets et petits mobiliers personnels	
✓ Télévision Radio	
✓ Tenues du personnel	
✓ Animation	
✓ Associations	
✓ Recommandations particulières	
<b>◆ <u>ABSENCES ET SORTIES DE L'E.H.P.A.D. :</u></b>	<b>13 à 14</b>
<b>◆ <u>CE QUE VOUS ETES EN DROIT DE SAVOIR :</u></b>	<b>14 à 18</b>
✓ Informatisation et communication du dossier du patient	
✓ La prévention des infections nosocomiales	
✓ La personne de confiance	
✓ Le mandat de protection future	
✓ Expression de la volonté relative à la fin de vie	
✓ Mesure de la satisfaction de l'utilisateur	
✓ Observations ou réclamations	
✓ Démarche qualité	

## Historique

L'époque précise de la fondation de l'hospice Saint-Nicolas est inconnue. On pense qu'il a été fondé au début du XI<sup>ème</sup> siècle par un comte de Bar-sur-Aube.

Saint Bernard, au retour d'un voyage qu'il fit à Spire et à Worms, s'arrêta à Bar-sur-Aube. Le jeudi 6 février 1147, il célébra la messe en l'église Saint-Nicolas et y aurait accompli plusieurs miracles.

L'hôpital Saint-Nicolas fut tour à tour abbaye et prieuré.

Il fut d'abord administré par deux communautés, l'une d'hommes, l'autre de femmes, un maître la dirigeait. Malgré de nombreuses dotations, l'hôpital était, en 1239, dans une situation financière précaire. Thibaut IV, comte de Champagne, établit des sœurs de l'abbaye de Boulancourt de l'ordre de Saint-Victor pour le gouverner, sous l'administration d'une abbesse.

En 1436, l'évêque de Langres en confia la direction aux religieux du prieuré du Val-des-Ecoliers de l'ordre de Saint-Augustin, à la charge d'y continuer l'exercice de l'hospitalité.

Malheureusement sous Louis XIII, l'hospice fut soumis au régime de la commende, qui détournait les revenus de leur destination. En 1679, il ne restait plus qu'un seul religieux qui se retira au Val-des-Ecoliers en enlevant les grosses cloches et les meubles de l'église. La maison fut alors louée comme les autres biens.

Après la Révolution, les pauvres furent soignés par cinq sœurs de la maison des Ursulines de Troyes. Un médecin et un chirurgien étaient attachés à l'hôpital.

Il y eut des religieuses jusqu'au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle.

Les administrateurs, grâce à une dotation, firent bâtir en 1776 une filature où dix-huit jeunes filles devaient travailler jusqu'à l'âge de 18 ans. Cette manufacture prospéra jusqu'en 1792 où elle fut fermée.

Puis, on assainit l'hôpital situé sur un terrain humide. En 1781, les administrateurs firent démolir l'église qui masquait le bâtiment et conservèrent seulement une chapelle qui subsiste encore actuellement. En 1788, ils firent détruire le moulin de la Dhuy.

La guerre de 1814 entraîna la destruction des trois fermes (ferme de Fresnes, ferme de Molins et ferme de Saint-Nicolas) et le pillage du mobilier de la maison.

C'est en 1978, après la démolition de la ferme Saint-Nicolas et la vente de terres, qu'un bâtiment fut construit pour accueillir une unité de soins de Longue durée.

Puis en 1989, un service Moyen Séjour est installé au premier étage de l'ancien bâtiment qui abrite également le service de Médecine.

Enfin, la nouvelle Maison de Retraite de la Dhuy est inaugurée en 1995.

Le nombre de lits était de 10 en 1734, 20 en 1785 et 22 en 1828. Il est actuellement de 190.

## VOTRE CENTRE HOSPITALIER VOUS ACCUEILLE :

Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube, dont la capacité d'accueil est de 180 lits, est un Etablissement Public de Santé qui assure quotidiennement, dans un souci constant de sécurité et de qualité, ses missions de soins et d'hébergement.

L'établissement est administré par un Directoire et un Conseil de Surveillance et géré par un Directeur nommé par le Ministre de la Santé.

Le Comptable de l'Etablissement est un comptable direct du Trésor ayant la qualité de comptable principal de la Trésorerie Hospitalière de l'Aube. Il s'assure de la régularité des dépenses et encaisse les recettes de l'Etablissement.

## VOUS ETES NOTRE HOTE :

Nous sommes tous à votre disposition pour que ce séjour, imposé par votre état de santé ou par votre âge se passe dans les conditions les plus favorables pour vous.

Ce livret d'accueil a été réalisé à votre intention ; il est destiné à faciliter votre séjour dans notre établissement et vous permettre de prendre connaissance de la structure et de ses caractéristiques.

Ce document veut également développer une tradition d'accueil et vous pourrez nous y aider en répondant au questionnaire de satisfaction.

## SITUATION GEOGRAPHIQUE :

Distance par la route entre Bar-sur-Aube et les Centres Hospitaliers environnants :

Troyes	55 kms
Bar-sur-Seine	39 kms
Chaumont	40 kms

L'établissement situé au milieu de forêts et de vignobles d'appellation champagne, est implanté dans un grand espace vert arboré. La proximité du centre-ville permet aux habitants et à leurs proches d'avoir un accès direct à tous les commerces dont peut jouir une ville de 5 000 habitants, ville centre d'une zone d'influence de 20 000 habitants.

## LE SECTEUR SANITAIRE

Regroupe les disciplines suivantes :

Le service de Médecine, de Soins Médicaux et de Réadaptation et du SMUR est suivi par un médecin coordonnateur.

L'organisation du service est assurée par une cadre de santé.

### ◆ **Court Séjour : Médecine**

Ce service de **20 lits** est destiné à accueillir des personnes de tout âge pour une hospitalisation de courte durée.

### ◆ **Soins Médicaux et de Réadaptation**

Ce service comporte **25 lits** pour patients en convalescence, en rééducation ou en soins de suite post opératoire.

Le suivi des patients de Médecine et de Soins Médicaux et de Réadaptation est assuré par le médecin responsable, praticien hospitalier à temps plein.

## ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Ce service comprend **130 lits**.

Cette structure est réservée aux personnes ayant ou non perdu leur autonomie de vie, celle-ci étant évaluée lors de leur entrée.

Un médecin coordonnateur est responsable de son fonctionnement.

L'organisation du service est assurée par deux cadres de santé pour l'E.H.P.A.D « La Dhuy et l'Unité Sécurisée » et pour l'E.H.P.A.D « Secteur ».

## LES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES

Ils comportent :

- Un service de kinésithérapie et son plateau technique,
- Un psychologue qui intervient pour l'ensemble de l'Hôpital,
- Une diététicienne qui intervient pour l'ensemble de l'Hôpital
- Un service de pharmacie à usage intérieur
- Une assistante sociale

## LES SERVICES LOGISTIQUES

Ils comportent :

- Un ensemble de services administratifs (Direction, service du personnel, service secrétariat de direction, service économat/finances, service admissions/facturation/secrétariat médical/accueil, service Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs),
- Une cuisine centrale,
- Une blanchisserie, (marquage du linge sur place, externalisation du linge du résident et hôtelier)
- Un service technique qui est chargé de l'entretien des bâtiments, du matériel ainsi que des espaces verts.

## LE C.H. DE BAR-SUR-AUBE, VERITABLE ETABLISSEMENT DE PROXIMITE

L'Etablissement joue pleinement son rôle de proximité grâce à la présence dans ses locaux du plateau technique suivant :

- ✓ Un service privé de radiologie depuis 2001 (☎ : 03.25.92.56.22)
  
- ✓ Des consultations externes spécialisées :
  - Cardiologie (☎ : 03.25.49.48.96),
  - Chirurgie Digestive (03.25.49.49.76)
  - Gynécologie médicale (☎ : 03.25.45.85.47),
  - Neurologie (☎ : 03.25.78.58.58),
  - Orthopédie : Dr TCHOMTCHOUA et Dr AOURAGH ((☎ : 03.25.49.49.01)
  - Orthopédie : Dr CHABERNAUD (03.25.79.60.60)
  - Pneumologie (☎ : 03.25.49.70.27)
  - Traitement de la douleur (☎ : 03.25.45.85.20),
  - Urologie (☎ : 03.25.75.92.85)
  
- ✓ Un centre de périnatalité du Centre Hospitalier de Troyes (☎ : 03.25.92.54.18)
  
- ✓ Une antenne de secteur psychiatrique de l'E.P.S.M.A. de Brienne le Château (☎ : 03.25.27.55.66)
  
- ✓ Une antenne SMUR du Centre Hospitalier de Troyes depuis 2001 (☎ : centre 15)
  
- ✓ Le réseau ELISEA : Education, Liaison, Information, Soins, Evaluation en Alcoologie (☎ : 03.25.49.47.06)

Ces consultations sont également ouvertes à des patients non hospitalisés au sein de l'établissement.

De plus, l'Etablissement a signé des conventions constitutives avec les Centres Hospitaliers de Troyes et de Chaumont permettant de développer les échanges de « prestations » et d'expertises.

<b>VOTRE ENTREE DANS LE SERVICE E.H.P.A.D. (ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES)</b>
---

Votre entrée en E.H.P.A.D. nécessite des formalités administratives.

Vous aurez à produire les documents suivants au Bureau des Admissions :

- Questionnaire médical rempli par votre médecin traitant
- Questionnaire administratif dûment renseigné par l'intéressé(e) ou ses proches
- Carte d'assuré social (vitale) ou attestation en cours de validité et/ou attestation CMU
- Carte complémentaire le cas échéant
- Une photo d'identité récente
- Copie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance pour les célibataires
- Copie titre d'ancien combattant le cas échéant
- Copie de la carte d'identité
- Relevé d'identité bancaire et relevé de compte
- Dernier avis d'imposition et déclaration fiscale
- Déclarations annuelles de vos retraites
- Derniers relevés des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties
- Attestation responsabilité civile
- Si protection juridique copie du jugement
- Adresse des enfants

Si vous sollicitez le bénéfice de l'aide sociale, vous devrez également fournir la copie de votre livret d'épargne ainsi que vos relevés bancaires des 3 derniers mois.

Selon les revenus du futur résidant, vous pouvez bénéficier de l'APA et de l'allocation logement. Renseignez-vous directement au bureau des entrées.

**Les frais de séjour se décomposent en trois éléments distincts :**

◆ **Le tarif hébergement** : ce tarif représente la partie hôtellerie du séjour. Il est pris en charge par vous-même ou, si vos ressources sont insuffisantes, par l'aide sociale (après accord de la commission départementale de l'aide sociale).

L'allocation logement sera sollicitée (sous condition de ressources) pour atténuer les frais d'hébergement.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la Trésorerie exerce des poursuites contre les habitants, contre leurs débiteurs où contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

◆ Le tarif dépendance : ce tarif correspond au montant des dépenses se rapportant au degré de perte d'autonomie défini par le tarif de l'établissement afférent à la dépendance.

La dépendance est classée par GIR :

- ✓ GIR 1 et 2 : forte dépendance
- ✓ GIR 3 et 4 : dépendance moyenne
- ✓ GIR 5 et 6 : faible dépendance

Les groupes GIR 1 et 2 ou GIR 3 et 4 pourront bénéficier de la prestation APA qui prend en charge le tarif dépendance diminué d'une participation calculée en fonction des ressources.

Le tarif dépendance ou le ticket modérateur restant peut-être soit à votre charge soit pris en charge par l'aide sociale.

*Dans le département de l'Aube, l'APA est versée sous la forme d'une dotation globale à l'établissement. Cette prestation est ensuite déduite directement sur la facture de l'habitant par rapport à son GIR et à ses ressources.*

*Pour les ressortissants de certains départements extérieurs, le tarif de dépendance sera facturé intégralement au résidant qui percevra l'APA directement sur son compte personnel.*

◆ Le tarif soins :

Ce tarif est pris en charge par l'assurance maladie.

Les contrats de séjour définissent les conditions financières de votre séjour.

Le contrat de séjour qui contient notamment les conditions d'admission et tarifaires du séjour doit être obligatoirement signé par vos soins lors de l'entrée.

Le bureau des admissions est à la disposition des habitants et/ou des familles pour donner les explications nécessaires sur les différents tarifs et les différentes prestations.

*Le bureau des admissions est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h*

## VOTRE SEJOUR EN E.H.P.A.D

*Extrait du Règlement Intérieur validé par le Conseil d'Administration*

### DROITS ET OBLIGATIONS :

La personne âgée hébergée a des droits et des devoirs repris dans le règlement intérieur de l'établissement et dans la charte de la personne âgée dépendante hébergée remis lors de l'admission.

### VALEURS ET ARGENT :

Le Centre Hospitalier ne peut être tenu responsable des disparitions ou vols des valeurs ou argent que la personne admise ou hébergée va conserver par devers elle. Il vous est donc proposé de les déposer entre les mains du régisseur de l'établissement contre reçu, qui les déposera à la Trésorerie (Loi du 6 juillet 1992 - Décret du 27 mars 1993). Adressez vous à l'équipe soignante.

### COIFFURE :

Des coiffeurs professionnels assurent des permanences dans le salon de coiffure de l'établissement. Ils peuvent intervenir en chambre. Les prises de rendez-vous se font auprès de l'animatrice. Les frais restent à votre charge.

### PEDICURE :

Des pédicures professionnels peuvent intervenir en chambre. Les prises de rendez-vous se font auprès de l'infirmière. Les frais restent à votre charge.

### COURRIER :

Le courrier est distribué chaque matin. Vous pouvez déposer votre correspondance à envoyer soit au bureau des admissions soit dans la boîte aux lettres située dans le hall de « La Dhuy ».

Les lettres recommandées sont remises personnellement aux intéressés.

### VISITES :

Vous pouvez recevoir des visites soit dans les locaux communs, soit dans votre chambre à condition de ne gêner ni le service ni les autres usagers.

Les visiteurs de l'E.H.P.A.D La Dhuy disposent d'un système d'appel pour joindre les agents du service (dans le hall d'accueil au rez-de-chaussée et dans le couloir entre l'office et la salle à manger au 1<sup>er</sup> étage du bâtiment de 1995).

## LINGE PERSONNEL :

L'établissement assure le marquage au nom de la personne. L'entretien des effets vestimentaires personnels est assuré par la blanchisserie de l'EPSMA de Brienne le Château sous réserve qu'ils supportent un nettoyage traditionnel (lavage à sec et délicat exclu).

## CULTE :

Les habitants doivent pouvoir participer à l'exercice du culte de leur choix. Des ministres des différents cultes, agréés par le Directeur de l'Etablissement, sont à leur disposition sur simple demande de leur part.

## POURBOIRES :

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les habitants ou leur famille à titre de gratification.

## REPAS :

L'E.H.P.A.D « Secteurs et Unité Sécurisée »:

Le petit-déjeuner est servi à partir de 8 heures,

Le déjeuner à 12 heures,

Une collation à 15 heures 30,

Le dîner à 18 heures.

La Dhuy :

Le petit-déjeuner est servi de 7 heures 30 à 9 heures,

Le déjeuner à 12 heures,

Une collation à 15 heures 30,

Le dîner à 18 heures 30.

Les menus sont affichés, les régimes alimentaires sont respectés.

La restauration sur place de vos proches est possible. La demande de repas doit être faite dans le service de l'habitant 48 heures avant le jour retenu, une facture vous sera adressée pour règlement. La tarification est fixée annuellement par le Conseil d'Administration.

## TELEPHONE :

Les habitants ont la possibilité de demander le branchement d'une ligne directe auprès de France Telecom, ce branchement reste à leur charge.

Les habitants d'E.H.P.A.D peuvent être joints aux numéros suivants :

- Service L'E.H.P.A.D « Secteur » : 03.25.27.55.72 (n° direct)

- Service L'E.H.P.A.D « Unité Sécurisée » : 03.25.27.55.46 (n° direct)

- Service L'E.H.P.A.D « DHUY 1er » : 03.25.27.55.64 (n° direct)

- Service L'E.H.P.A.D « DHUY RDC » : 03.25.27.55.61 (n° direct)

## OBJETS ET PETITS MOBILIERS PERSONNELS :

Le directeur peut autoriser les habitants bénéficiant d'une chambre individuelle à apporter des objets personnels (fauteuil, petit meuble, télévision, radio etc.). Toutefois, leur installation ne doit pas engendrer de gêne à l'occasion des soins et de l'entretien de la chambre, ni constituer un obstacle à la sécurité des locaux. Elle doit notamment être conforme aux normes et à la sécurité incendie.

L'établissement fournit et remplace uniquement le matériel défectueux lui appartenant. Tout équipement supplémentaire apporté par vos soins reste à votre charge.

## TELEVISION – RADIO :

L'habitant apporte, s'il le souhaite, un téléviseur (avec support, cordon d'antenne et décodeur TNT si besoin). Celui-ci doit être récent et en bon état de marche. Les chambres sont pré-équipées de prises d'antenne.

Pour préserver le repos de tous, il convient d'user avec discrétion des appareils de radio et de télévision.

## TENUES DU PERSONNEL :

La fonction et le nom de l'agent est identifiable à l'aide de badges sur les tenues du personnel

## ANIMATION :

Des animatrices proposent des activités régulières et des sorties. Différentes activités et spectacles sont proposés aux habitants. Ces manifestations sont annoncées par voie d'affichage et par distribution individuelle du programme mensuel.

## Plusieurs associations bénévoles participent activement à l'animation et au bien-être des habitants :

### ✓ Association Vivre Encore

*VIVRE ENCORE, association créée en 1990 à l'initiative des soignants, a pour but d'améliorer la vie quotidienne des habitants.*

*C'est une aide à la vie, une amélioration de la vie au quotidien, pour les 1 001 petites choses de tous les jours qui deviennent importantes et insurmontables quand on est devenu dépendant.*

*L'association emploie une personne qui assure des activités variées d'animation par petits groupes. On fête les anniversaires, la Saint Valentin, la fête des mères... A Noël, on offre à chacun un cadeau personnalisé.*

*On vient VIVRE ENCORE et même REVIVRE, là où l'on vient pour la dernière étape de sa vie.*

✓ Association V.M.E.H. (Présidente : Madame TALBOT Catherine),

La VMEH (Visite des Malades en Etablissements Hospitaliers) est reconnue d'utilité publique, est apolitique et non confessionnelle.

La section locale de Bar-sur-Aube est composée de 35 bénévoles qui visitent chaque jeudi les personnes de l'Etablissement, son but est d'apporter bien-être et réconfort.

Elle travaille en parfaite collaboration avec le personnel soignant.

✓ Association de la Croix Rouge Française (Présidente : Madame CERF)

**LA CROIX ROUGE FRANCAISE – Délégation local de Bar-sur-Aube**

Notre emblème : « ne tolérons aucune souffrance »

Chaque mardi après-midi de 14 h à 17h, les bénévoles de la Croix-Rouge interviennent auprès des habitants :

- Visites aux personnes âgées,
- Prêt gratuit de livres et de journaux,
- Ecoute dans la discrétion, le respect de l'autre et le respect de la confidentialité.

Responsable : Madame Françoise SAINTON

#### ☞ RECOMMANDATIONS PARTICULIERES :

Les portes de La Dhuy restent ouvertes jusqu'à 18H30 l'hiver et 20H30 l'été. Les portes de l'Hôpital restent ouvertes jusqu'à 20H30.

Au-delà de 20 heures 30, les retours doivent être signalés par téléphone à l'agent de nuit.

Il est interdit de fumer dans l'établissement.

Tout matériel électrique doit être conforme aux consignes de sécurité.

Sécurité incendie : les consignes d'évacuation des locaux sont affichées dans les lieux communs.

Si un début d'incendie prenait naissance dans le service :

- ✓ Gardez votre sang-froid
- ✓ Restez dans votre chambre et fermez la porte si vous le pouvez
- ✓ Ne quittez pas le service seul et surtout laissez agir le personnel et les équipes de sécurité.

**L'intégralité du Règlement Intérieur est disponible au secrétariat de direction et affiché dans chaque unité.**

## ABSENCES ET SORTIES DE L'E.H.P.A.D.

### HOSPITALISATION :

- ▶ Dans l'éventualité d'une hospitalisation de courte durée (inférieure à cinq semaines), à moins que l'habitant n'ait manifesté le souhait de quitter l'établissement, la disponibilité de sa chambre lui est maintenue.

Durant cette période, il lui est facturé durant 72 heures le tarif hébergement. Au-delà il devra s'acquitter du prix de journée diminué du montant du forfait journalier en vigueur.

- ▶ Lorsque l'hospitalisation excède cinq semaines, l'établissement dispose librement de la chambre. La réintégration de l'habitant ne peut alors se faire que dans le cadre d'une nouvelle admission et sous réserve des places disponibles.
- ▶ Des dérogations à cette procédure sont possibles après concertation entre l'établissement et l'habitant ou sa famille qui peut demander à conserver le bénéfice de la chambre et acquitter le tarif réservation.

### ABSENCES POUR CONVENANCES PERSONNELLES :

- ▶ L'habitant peut sortir librement tous les jours.
- ▶ En cas d'absence lors d'un repas ou d'une sortie, le personnel doit être informé afin d'éviter des inquiétudes inutiles. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés dans le service.
- ▶ L'habitant doit informer le Directeur de ses absences au moins 48 heures auparavant. Il doit justifier d'une autorisation médicale (soins de longue durée).
  - **Absences de courte durée (moins de 48 heures) :**  
L'habitant est tenu d'acquitter la totalité du prix de journée
  - **Absences de longue durée (plus de 48 heures) :**  
L'habitant peut bénéficier de congés annuels d'une durée maximale de 35 jours consécutifs ou non. Durant ces congés, l'habitant conserve le bénéfice de sa chambre. Seul le prix de journée hébergement est facturé pendant 72 heures, au-delà le prix de journée réservation est appliqué.  
Au-delà d'une absence annuelle de plus de trente cinq jours consécutifs ou non, le tarif journalier est appliqué de plein droit.

### SORTIE DEFINITIVE :

- ▶ **À la discrétion de l'habitant :** l'habitant peut choisir de quitter l'établissement. Il devra en avvertir la direction de l'établissement trente jours à l'avance, par courrier. A défaut de respecter ce délai, il sera tenu d'acquitter le prix de journée à concurrence de trente jours. Cette durée peut être réduite si la chambre est de nouveau occupée.
- ▶ **Disciplinaire :** si l'habitant a une conduite incompatible avec la vie en collectivité, ou s'il contrevient de manière répétée aux dispositions du présent

règlement, une procédure d'exclusion sera engagée à son encontre. Il sera informé, ainsi que sa famille, par lettre recommandée avec accusé de réception et disposera d'un mois pour libérer la chambre.

### PRESTATIONS ANNEXES :

Le coordinateur de la Maison du Handicap et des Personnes âgées tient une permanence au Centre Médico-Social – 8 rue Saint-Pierre – 10200 BAR SUR AUBE (☎ : 03.25.27.06.25). C'est un service gratuit, ouvert à toute personne handicapée ou âgée de plus de 60 ans et à leur entourage.

Le règlement intérieur précise les dispositions relatives aux décès :

- le dépôt de corps à la chambre mortuaire,
- le transport sans mise en bière,
- la mise en bière et le transport de corps,
- les opérations funéraires,
- les objets et effets du défunt.

Vous pouvez vous renseigner auprès du bureau des admissions.

## CE QUE VOUS ETES EN DROIT DE SAVOIR

La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante est jointe à ce livret.

Le document intégral, en plusieurs langues et en braille, est accessible sur le site internet : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

### INFORMATISATION ET COMMUNICATION DU DOSSIER DU PATIENT :

Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube dispose d'un système informatique destiné à gérer plus facilement le fichier de ses habitants, à faciliter les communications entre les unités de soins, les plateaux techniques, afin de vous garantir un diagnostic, un traitement plus sûr, plus rapide et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques dans le strict respect du secret médical.

Conformément aux dispositions de la Loi Informatique et Libertés (\*), nous vous informons que vous pouvez avoir accès à votre dossier médical.

*(\*) Articles 26, 27, 34 et 40 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*

✓ Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par des professionnels et établissements de santé qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement.

✓ Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Il convient d'en faire la demande écrite

auprès du médecin qui vous a suivi au cours de votre séjour à l'adresse du Centre Hospitalier.

### LA PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES :

Les infections nosocomiales sont des infections acquises pendant l'hospitalisation. Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube s'est engagé dans la lutte contre les infections nosocomiales. Ainsi, la prévention est une préoccupation majeure de l'établissement ; elle fait partie de la démarche de sécurité et de qualité des soins.

Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube dispose d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) qui coordonne les actions de prévention et la surveillance des infections nosocomiales en liaison avec l'ensemble du personnel médical et paramédical.

Le programme annuel de lutte contre les infections nosocomiales est disponible au secrétariat de Direction.

Vous pouvez être porteur vous-même d'un germe avant votre entrée ; ce germe peut être découvert pendant votre séjour.

Il faut parfois signaler la présence de ce germe dans votre organisme pour éviter qu'il ne se propage ailleurs, c'est-à-dire chez d'autres habitants : ce signalement est nécessaire à la prévention des infections nosocomiales et engendrera des précautions particulières.

### LA PERSONNE DE CONFIANCE :

Conformément à l'Article L 1111-6 du Code de la Santé Publique, vous venez d'être admis en EHPAD et allez y séjourner. Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « personne de confiance ». Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant). Cela n'empêche pas que vous puissiez désigner une ou plusieurs autre(s) personne(s) à prévenir en cas de besoin.

Un document précis signé par vos soins sera établi.

### LE MANDAT DE PROTECTION FUTURE

La Loi du 5 Mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a institué le mandat de protection future. Ce mandat vous permet de désigner la personne qui assurera votre protection lorsque vous ne serez plus en état physique ou mental de le faire. Vous pouvez décider qu'il concernera votre patrimoine, votre personne ou les deux. Les documents nécessaires sont disponibles au bureau des admissions de l'établissement.

### EXPRESSION DE LA VOLONTE RELATIVE A LA FIN DE VIE :

Conformément à l'Article L.1111-11 du Code de la Santé Publique, toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté quant à la limitation ou l'arrêt des traitements médicaux en fin de vie. Les directives anticipées doivent être formulées dans un document écrit daté et signé par vous-même, leur validité est de trois ans.

## MESURE DE LA SATISFACTION DE L'USAGER :

Vous avez la possibilité d'exprimer vos observations sur vos conditions de séjour à l'aide du questionnaire de satisfaction qui vous sera remis en cours d'année. Afin d'améliorer notre prestation, nous vous remercions de bien vouloir soit le déposer dans la boîte prévue à cet effet située dans chacune des salles à manger, soit le transmettre à la Direction par voie postale.

Les résultats de la satisfaction des usagers sont disponibles auprès du secrétariat de Direction.

## OBSERVATIONS OU RECLAMATIONS :

En cas de contestation, vous avez la possibilité de vous adresser soit au cadre infirmier du service concerné soit au secrétariat de direction qui enregistrera votre réclamation écrite ou orale.

Le secrétariat de direction est joignable au 03.25.27.55.32 de 10h à 12h et de 14h à 16h.

Conformément aux articles R.1112-91 à R.1112-94 du Code de la Santé Publique, l'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service. Le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la **Commission des Usagers** qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la **Commission des Usagers**.

Ses missions sont les suivantes :

- Assister et orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement
- Informer sur les voies de conciliation et de recours existantes.

Vous avez la possibilité de rencontrer les représentants de cette commission :

- *Président de la Commission des Usagers : Le Directeur Délégué du Centre Hospitalier*
- *Représentant des Usagers :*
  - *Madame Marie ROUGANE DE CHANTELOUP (☎ : 06.70.60.43.30)*
  - *Madame Annick SICARD (☎ : 06.87.46.78.87)*
- *Médiateur médical : Docteur Alban THIRION*
- *Médiateur non Médical :*
  - *Madame Magali CORPET, Cadre supérieur de Santé (☎ : 07.85.74.89.26)*
  - *Madame Jessica GRISART, Assistante Sociale (☎ : 03.25.27.55.68)*

CONSEIL DE LA VIE SOCIALE :

Vous avez la possibilité de vous exprimer sur le fonctionnement de l'établissement auprès des représentants des familles et des habitants qui siègent au sein de cette instance.

Représentant des familles :

- *Madame PREVOT Laetitia (titulaire)*
- *Monsieur MATIN Thierry (titulaire)*
- *Monsieur FRUCTUS Thierry (suppléant)*
- *Monsieur PERSONENI Gérard (suppléante)*

Représentant des résidents :

- *Madame MAITRE Suzanne (titulaire)*
- *Monsieur NOEL Roger (titulaire)*
- *Madame CALON Béatrix (suppléante)*
- *Madame MACQUART Josseline (suppléante)*

Avec leur accord, il vous sera possible d'obtenir leurs coordonnées auprès du Bureau des Admissions.

DEMARCHE QUALITE :

Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube s'inscrit dans une démarche qualité au travers de son Projet d'Etablissement, de ses Conventions Tripartites, de son Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens et de la procédure de certification auprès de la Haute Autorité de la Santé. Les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de la certification, sont disponibles auprès du secrétariat de Direction.



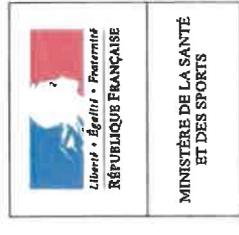


Article L.1110-5 du code de la santé publique " ...**toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.**"

# Contrat *d'engagement*

Dans cet établissement,  
nous nous engageons à  
**prendre en charge**  
votre douleur

avoir moins mal  
ne plus avoir mal  
c'est possible.



Dans cet établissement, nous nous engageons à prendre en charge votre douleur

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

# **lutter** contre la **douleur**

**vous avez peur d'avoir mal...  
prévenir, traiter ou soulager  
votre douleur c'est possible**

## **Prévenir**

**Les douleurs provoquées** par certains soins ou examens : piqûres, pansements, pose de sondes, de perfusion, retrait de drains... Les douleurs parfois liées à un geste quotidien comme une toilette ou un simple déplacement...

## **traiter ou soulager**

**Les douleurs aiguës** comme les coliques néphrétiques, celles de fractures...  
**les douleurs** après une intervention chirurgicale.  
**les douleurs chroniques** comme le mal de dos, la migraine, et également les douleurs du cancer, qui nécessitent une prise en charge spécifique.

**vous avez mal...  
votre douleur, parlons-en**

Tout le monde ne réagit pas de la même manière devant la douleur ; il est possible d'en mesurer l'intensité.

Pour nous aider à mieux adapter votre traitement, vous pouvez nous indiquer "combien" vous avez mal en notant votre douleur de 0 à 10 ou en vous aidant d'une règlette



**nous allons vous aider  
à ne plus avoir mal  
ou à avoir moins mal**

**en répondant** à vos questions ;  
**en vous expliquant** les soins que nous allons vous faire et leur déroulement ;  
**en utilisant** le ou les moyens les mieux adaptés.

Les antalgiques sont des médicaments qui soulagent la douleur. Il en existe de différentes puissances. La morphine est l'un des plus puissants. Mais certaines douleurs, mêmes sévères, nécessitent un autre traitement.

D'autres méthodes non médicamenteuses sont efficaces et peuvent vous être proposées comme par exemple la relaxation, les massages, le soutien psychologique, la physiothérapie...

**votre participation est essentielle**  
**nous sommes là pour vous écouter, vous soutenir, vous aider**

Bar sur Aube, le 30 janvier 2025

## INFORMATION SUR LES TARIFS à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025

Le prix de journée relatif à l'hébergement et les tarifs dépendance sont fixés annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental.

### ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (E.H.P.A.D) 68.88 €/jours

<b>Prix de journée hébergement :</b>	<b>62.45 €</b>
Tarif de réservation :	42.45 €
<b>Tarif de dépendance GIR 1-2 :</b>	<b>23.90 €</b>
<b>Tarif de dépendance GIR 3-4 :</b>	<b>15.17 €</b>
<b>Tarif de dépendance GIR 5-6 :</b>	<b>6.43 €</b>
<u>(selon les revenus, minimum GIR 5-6 restant à la charge du résident)</u>	

<b>Prix de journée hébergement – 60 ans :</b>	<b>81.95 €</b>
Tarif de réservation – 60 ans :	61.95 €

### Exemple hébergement pour un résident avec un GIR 3-4 :

- Hébergement :	<b>62.45 €</b>
	+
- GIR 5-6 :	<b>6.43 €</b>

**TOTAL 68.88 €/jours** soit 2 135.28 € pour 1 mois de 31 jours

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est versée directement à l'établissement et correspond à la différence entre le GIR 3-4 (15.17 €) et le GIR 5-6 (6.43 €).

Le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) s'élèvera donc à **8.74 €** par jour pour le résident suivant ses ressources.





CENTRE HOSPITALIER  
SAINT NICOLAS  
BAR-SUR-AUBE

E.H.P.A.D. « la Dhuy »  
☎ : 03.25.27.09.97 ☎ : 03.25.27.13.86

**COMPLEMENT RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**  
*(à remplir par l'intéressé(e) ou sa famille)*

**Nom/Prénom** : .....

**Nationalité** : .....

**Coordonnées des enfants** : (nom, prénom, adresse, mail, téléphone)

.....

**Mail** : ..... ☎ .....

.....

**Nom et adresse de la Caisse d'Assurance Maladie** : .....

.....

**Mutuelle Complémentaire** : .....

.....

**Situation socio-professionnelle** (si retraité(e) préciser de quelle profession) : .....

.....

**Organismes de retraite (adresse, n° de retraites) :**

.....  
.....n°.....  
.....  
.....n°.....  
.....  
.....n°.....  
.....  
.....n°.....

**En cas d'hospitalisation extérieure : Choix de la clinique ou du Centre Hospitalier (si possible) :**

.....

**Ambulancier (en cas de transfert ou de consultation) :**

.....

**En cas de décès :**

**Personne à prévenir (nom, prénom, adresse, n° de téléphone) :**

.....

**Un contrat obsèques a-t-il été signé ? : si oui, avec quel organisme :**

.....

**Y a-t-il des consignes particulières à observer ? :**

.....  
.....

**Nom et adresse de la personne destinataire des avis de sommes à payer :**

.....  
.....

- Certifie avoir pris connaissance du contrat de séjour et s'engage à le remettre dûment complété et signé au Bureau des Admissions.

Date : .....

Signature :

**E.H.P.A.D**

Le linge est marqué aux Nom et Prénom du Résidant par l'établissement. Il est à déposer au bureau des admissions pour le marquage ou si les admissions sont fermées directement en mains propres à un soignant dans un sac marqué au nom du résident.

*Malgré toute l'attention que nous accordons au traitement du linge, la blanchisserie de l'EPSMA dispose de matériels de lavage industriels ne permettant pas l'entretien du linge délicat. Les matières suivantes ne seront pas prises en charge : thermolactyl, laine, lin, soie et chlorofibres. Ce type de linge est donc proscrit pour les résidents dont le linge est entretenu par l'établissement.*

**Linge de corps**

- ✓ 4 combinaisons, 4 soutien-gorge (selon habitudes)
- ✓ 7 chemises de corps « coton »
- ✓ 8 slips « coton » (facultatif si la personne est incontinente)

**Autres**

- ✓ 7 chemises de nuit ou pyjamas (amples)
- ✓ 10 mouchoirs (selon habitudes)
- ✓ 7 tenues complètes faciles à enfiler été et hiver
- ✓ 7 paires de chaussettes, mi-bas ou collants
- ✓ 2 paires de pantoufles tenant bien aux pieds
- ✓ 3 gilets et 3 pulls
- ✓ 2 robes de chambre (selon habitudes)
- ✓ Cintres
- ✓ 7 serviettes de table
- ✓ 1 manteau, veste ou blouson
- ✓ 1 paire de chaussures
- ✓ 1 chapeau
- ✓ Sac de voyage ou valise en cas d'hospitalisation

**Accessoires de toilette (à renouveler régulièrement)**

- ✓ 1 peigne ou brosse à cheveux (+ pinces à cheveux ou élastiques si besoin)
- ✓ Shampoing + nécessaire de coiffure (laque, bigoudis...) (Selon habitudes)
- ✓ 1 brosse à dents, dentifrice et un gobelet
- ✓ 1 savon liquide de toilette (PH neutre)
- ✓ 1 trousse de toilette
- ✓ Si prothèse dentaire : colle, nettoyant en pastilles effervescentes, boîte à prothèse dentaire
- ✓ Eau de toilette, parfum, eau de Cologne (selon habitudes)
- ✓ Rasoir si besoin

*Les quantités ci-dessus ne sont données qu'à titre indicatif et doivent être ajustées aux besoins de la personne et renouvelées si nécessaire. A voir en concertation avec le personnel du service.*

**N.B. : En fonction de la pathologie, des vêtements spécifiques pourront être demandés en cours de séjour.**

## **E.H.P.A.D**

**Le linge est marqué aux Nom et Prénom du Résidant par l'établissement. Il est à déposer au bureau des admissions pour le marquage ou si les admissions sont fermées directement en mains propres à un soignant dans un sac marqué au nom du résident.**

*Malgré toute l'attention que nous accordons au traitement du linge, la blanchisserie de l'EPSMA dispose de matériels de lavage industriels ne permettant pas l'entretien du linge délicat. Les matières suivantes ne seront pas prises en charge : thermolactyl, laine, lin, soie et chlorofibres. Ce type de linge est donc proscrit pour les résidents dont le linge est entretenu par l'établissement.*

### **Linge de corps**

- ✓ 7 chemises de corps « coton »
- ✓ 8 slips « coton » (facultatif si la personne est incontinente)

### **Autres**

- ✓ 7 pyjamas amples
- ✓ 10 mouchoirs (selon habitudes)
- ✓ 7 tenues complètes faciles à enfiler (pantalon taille élastiques, polo, pull-over) été et hiver
- ✓ 7 paires de chaussettes
- ✓ 2 paires de pantoufles tenant bien aux pieds
- ✓ 3 gilets
- ✓ 1 ceinture ou des bretelles selon habitudes
- ✓ 7 serviettes de table
- ✓ 2 robes de chambre selon habitudes
- ✓ 1 manteau ou veste ou blouson
- ✓ 1 paire de chaussures
- ✓ 1 chapeau ou 1 casquette (selon habitudes)
- ✓ Cintres

### **Accessoires de toilette (à renouveler régulièrement)**

- ✓ 1 peigne ou brosse à cheveux
- ✓ Shampoing
- ✓ 1 brosse à dents et dentifrice ✓ 1 gobelet
- ✓ 1 savon liquide de toilette (PH neutre)
- ✓ 1 trousse de toilette
- ✓ Si prothèse dentaire : colle, nettoyant en pastilles effervescentes, boîte à prothèse dentaire
- ✓ Eau de toilette, après rasage (selon habitudes)
- ✓ Rasoir électrique ou mécanique avec la mousse à raser (selon habitudes)

*Les quantités ci-dessus ne sont données qu'à titre indicatif et doivent être ajustées aux besoins de la personne et renouvelées si nécessaire. A voir en concertation avec le personnel du service.*

**N.B. : En fonction de la pathologie, des vêtements spécifiques pourront être demandés en cours de séjour.**

## NOTICE EXPLICATIVE SUR LES CONSEQUENCES DE L'ADMISSION A L'AIDE SOCIALE

Les personnes qui sollicitent l'aide sociale sont informées que :

1. Le bénéfice de l'Aide Sociale n'est pas un droit et ne peut être demandé qu'en cas d'insuffisance de ressources du requérant ou de sa famille.
2. L'octroi de l'Aide Sociale comporte les conséquences suivantes :
3. a) Obligations alimentaires :

Toute demande conduit obligatoirement l'administration à procéder à des enquêtes sur les descendants et ascendants du requérant tels qu'ils sont définis aux articles 205 et suivants du Code Civil (époux entre eux, enfants et conjoints vis-à-vis de leurs parents et beaux parents et réciproquement, petits enfants vis-à-vis des grands parents et réciproquement, pour déterminer le montant de leur participation éventuelle. L'aide Sociale ayant un caractère subsidiaire n'intervient qu'à défaut de la contribution des débiteurs d'aliments.

- b) Bénéficiaires revenus à meilleure fortune :

Des recours sont exercés contre les bénéficiaires de l'Aide Sociale dont la situation pécuniaire vient de s'améliorer et le remboursement des prestations servies peut être décidé par la Commission d'Aide Sociale conformément à l'article 146 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale.

- c) Donations de biens mobiliers :

Un droit de recours est exercé à l'encontre du donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'Aide Sociale ou dans les dix années qui l'ont précédée.

- d) Succession :

Un recours est exercé sur la partie nette de l'actif successoral dans la limite des prestations allouées au bénéficiaire.

- e) Légataires :

Un recours contre les légataires à titre particuliers ou universels est exercé qu'ils fassent partie ou non de la succession à hauteur des biens légués au jour de l'ouverture de la succession et dans la limite des prestations servies au bénéficiaire.

- f) Hypothèques légales :

En garantie des recours ci-dessus indiqués les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'Aide Sociale peuvent être grevés à la diligence de l'administration d'une hypothèque légale.

- g) Fraudes ou fausses déclarations :

Toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires, l'application des peines prévues par l'article 405 du Code Pénal et le recouvrement des prestations indûment perçues.

- h) Dépôt : Avant leur entrée en Maison de Retraite ou en Long Séjour, les personnes sollicitant l'Aide Sociale doivent déposer tous leurs titres de pensions, livret de Caisse d'Epargne, justificatifs de placement mobilier ou de vente immobilière.



## SERVICE SOCIAL DU CENTRE HOSPITALIER DE BAR SUR AUBE

Service de Médecine  
Service de Soins Médicaux et Réadaptation  
EHPAD – Unité Protégée

### **Contact :**

Mme Jessica GRISARD

Assistante sociale

☎ : 03 25 27 55 68

✉ : [jessica.grisard@hcs-sante.fr](mailto:jessica.grisard@hcs-sante.fr)

### **Rencontres possible le :**

**-Lundi matin**

**-Mardi, mercredi, jeudi de 8 h à 12 h 30 et de 13h à 17 h**

**-Vendredi de 8 h à 12 h 30 et de 13 h à 16 h.**

Le service social est à la disposition des patients et de leur famille. L'assistante sociale peut vous recevoir à son bureau ou auprès du patient, de l'habitant.

Vos demandes concernent :

- L'accès aux soins (Sécurité sociale, complémentaire santé, CMU...).
- L'orientation vers les services extérieurs (Conseil Général, Caisses de retraite, Associations...).
- L'organisation d'un retour à domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie, portage de repas, téléalarme, SSIAD, Hospitalisation à domicile...).
- Un besoin d'écoute et de soutien.
- Une orientation vers une institution (EHPAD, Long séjour, Foyer-Logement...).
- L'information sur les droits et démarches (Allocation Personnalisée d'Autonomie, allocation logement, protection juridique, aide sociale à l'hébergement...).



**ANNEXE AU CONTRAT DE SEJOUR**

**Autorisation de fixation, reproduction et diffusion d'images**

Je soussigné

Né(e) le

Demeurant :

Certifiant être majeur(e) et pouvoir donner librement mon consentement à la présente autorisation, donne mon accord pour participer gracieusement à l'enregistrement de documentaire, film, court-métrage, etc...

A cet effet, j'autorise expressément le Centre Hospitalier « Saint Nicolas » (sis 02 rue Gaston Cheq -10200- BAR SUR AUBE) à fixer, reproduire, diffuser et exploiter mon image, en tout ou partie, en nombre illimité, à titre gracieux, dans le monde entier, en tous formats, en couleurs et/ou en noir et blanc, sur tous supports connus actuels ou à venir, et par tous moyens actuels ou à venir, sur tous services audiovisuels et tous services en ligne sur tous réseaux.

En conséquence, je garantis le Centre Hospitalier de BAR SUR AUBE contre tout recours et/ou action que pourrait former les personnes physiques ou morales qui estimeraient avoir des droits quelconques à faire valoir sur l'utilisation de mon image et de mon message dédié qui seraient susceptibles de s'opposer à leur diffusion.

Je reconnais d'ores et déjà être informé(e) et accepter que la décision d'exploiter ou non mon image sera laissée à la discrétion du Centre Hospitalier de BAR SUR AUBE.

Le Centre Hospitalier de BAR SUR AUBE ne prend à mon égard et à ce titre aucun engagement d'exploitation en tout ou partie des images enregistrées.

Cette autorisation est accordée pour une durée de deux ans à compter de la signature de la présente autorisation, renouvelable par accord mutuel des parties, formalisée par écrit, et restera valable en cas de changement de mon état civil actuel.

Si je participe à l'enregistrement de ce message dédié en qualité de collaborateur du Centre Hospitalier de BAR SUR AUBE, je déclare reconnaître et accepter que la présente autorisation ne devienne pas caduque après mon départ de cet établissement ou de toute nouvelle entité qui lui serait substituée.

Fait à Bar-sur-Aube le

L'intéressé

Le Directeur délégué,



## LES VALEURS ET L'ARGENT DANS L'ETABLISSEMENT

L'Hôpital ne peut être tenu responsable des disparitions ou vols des valeurs ou argent que la personne admise ou hébergée va conserver par devers elle.

Il vous est donc proposé de les déposer entre les mains du régisseur de l'établissement contre reçu. (Loi du 6 juillet 1992 - Décret du 27 mars 1993).

Ce dépôt sera systématiquement transféré auprès de la Trésorerie Générale.

### TOUT RETRAIT DOIT ETRE EFFECTUE PAR VOUS-MEME :

Vous devez vous rendre à la Trésorerie Générale muni de votre reçu que vous aurez récupéré au bureau des entrées.

✂-----

### Coupon à remettre au bureau des Entrées

Je soussigné(e)

demeurant :

certifie avoir pris connaissance de la réglementation relative au dépôt des valeurs et argent dans l'établissement et est informé(e) que l'établissement décline toutes responsabilités en cas de perte, de vol ou de détérioration des valeurs et argents conservés auprès de moi.

Date : ..... Signature :





## Petit guide d'accompagnement



1

Avant de rentrer chez moi, frappez 1x 🚪🚪🚪 attendez, si je ne réponds pas veuillez frapper encore 1x 🚪🚪 🚪 sans réponse de ma part, frappez une dernière 1x 🚪 puis rentrez.

2

Durant tout mon accompagnement, n'oubliez pas de me regarder, je n'existe qu'à travers votre regard bienveillant.

3

Pendant ce moment d'échange, parlez moi. Si je ne vous réponds pas je vous entends et me considérerai comme votre égal.

4

Prenez soin de moi comme vous aimeriez que l'on prenne soin de vous. Mon corps m'appartient, demandez moi mon accord avant de le toucher.

5

Je suis né pour vivre debout, jusqu'au bout... Si mes capacités me le permettent, verticalisez-moi 20 mn / 24h. Pour me sentir toujours à la hauteur. Ne me laissez pas allongé toute la journée à regarder le plafond, offrez moi un horizon.

6

Chaque jour se suit mais ne se ressemble pas, Comme vous, je dois m'adapter... Soyons tous bienveillants, vous aurez mon âge vous aussi.

"Viellir est la seule façon de vivre".

# NOUS SOMMES TOUS CONCERNÉS PAR LA PHILOSOPHIE DE L'HUMANITUDE

## LES 5 PRINCIPES DE L'HUMANITUDE

LE  
RESPECT

FRAPPER AVANT D'ENTRER CHEZ  
MOI

LE  
REGARD

REGARDEZ MOI AFIN QUE JE ME  
SENTE EXISTER

LA  
PAROLE

PARLEZ MOI POUR QUE JE ME SENTE  
RECONNU

LE  
TOUCHER

TOUCHEZ-MOI AVEC DOUCEUR ET  
PROFESSIONNALISME, JE N'AURAIS  
PAS DE CRAINTE

VERTICALITÉ

JE SUIS NÉ POUR VIVRE DEBOUT  
JUSQU'AU BOUT

ÉVALUEZ ET PERSONNALISEZ MON  
ACCOMPAGNEMENT



CENTRE HOSPITALIER  
DE BAR SUR AUBE



## Charte de vie et de travail en Humanitude

**EHPAD SAINT NICOLAS BAR SUR AUBE** » vivons et travaillons dans un environnement porteur de valeurs humaines faites de respect: des libertés, de l'indépendance, de la citoyenneté, de l'autonomie. Ce milieu de vie favorise bien-être, reconnaissance, valorisation des efforts individuels et collectifs. Il permet l'implication de tous les acteurs dans les différents projets.

Ce qui signifie pour le client : <b>ma vie a un sens.</b>	Ce qui signifie pour le professionnel : <b>je le respecte.</b>	Ce qui signifie pour l'établissement : <b>l'établissement est un lieu de vie.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Je suis une personne avec des particularités qui me sont propres.</li> <li>Je me suis construit dans le regard des autres.</li> <li>Je suis unique.</li> <li>Je suis reconnu et considéré comme une personne à part entière.</li> </ul>	<p><b>IDENTITÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je vous accompagne en Humanitude : je vous regarde, je vous parle et vous touche comme un être humain.</li> </ul> <p><b>UNICITÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je cherche à connaître votre histoire de vie, vos habitudes de vie, vos envies, vos besoins, vos capacités, vos attentes, vos désirs spécifiques, vos difficultés.</li> </ul> <p><b>RECONNAISSANCE/AUTONOMIE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je vous accompagne de façon personnalisée dans le projet de vie qui est le votre.</li> <li>Vos choix me guident pour vous accompagner de façon personnalisée dans votre dynamique de vie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vous êtes au cœur de tout projet.</li> <li>Je prends en compte votre spécificité pour les décisions qui concernent la collectivité.</li> <li>Je mets en place et fais vivre le <i>Projet d'accompagnement personnalisé</i>.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Je suis libre de penser et d'agir, de m'exprimer dans le respect des personnes qui m'entourent dans mon lieu de vie.</li> <li>Je suis libre d'aller et venir, de recevoir, de sortir.</li> </ul>	<p><b>LIBERTÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je suis un professionnel, vos droits sont mes devoirs dans une confiance réciproque.</li> <li>Je recherche systématiquement votre accord pour tout ce que j'entreprends à votre égard.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je m'engage à mettre tout en œuvre pour respecter vos libertés.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Je vous respecte et vous me respectez : le respect est d'autant plus authentique qu'il est réciproque.</li> <li>Je suis écouté sans être jugé.</li> </ul>	<p><b>RESPECT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je vous respecte et vous me respectez : le respect est d'autant plus authentique qu'il est réciproque.</li> <li>J'ai besoin que mon travail soit reconnu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je vous respecte et vous respectez les règles de la collectivité.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Je suis chez moi.</li> <li>Je n'aime pas être surpris, j'ai besoin que vous vous annonciez, et que vous m'expliquiez ce pourquoi vous intervenez, j'ai besoin de comprendre ce que vous me faites et pourquoi.</li> </ul>	<p><b>INTIMITÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je travaille sur votre lieu de vie.</li> <li>Je respecte votre rythme et adapte mon temps de travail pour vous donner l'attention requise, vous apaiser, vous reconforter, vous sécuriser, vous faire aller de l'avant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je vous donne les moyens pour assurer que votre intimité soit respectée.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai besoin de me sentir en sécurité, et reconnais votre bienveillance.</li> </ul>	<p><b>BÉNÉFICE/RISQUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mon engagement professionnel, en fonction des connaissances et compétences qui sont les miennes et celles de mon équipe a pour objectif d'éviter de vous nuire.</li> <li>Vous reconnaissez qu'il me faut aussi le temps de l'apprentissage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je fais une proposition de prestations en respectant le juste niveau d'accompagnement qui vous correspond.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai une famille, des amis, des relations.</li> </ul>	<p><b>SOCIABILITÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je respecte les relations avec votre entourage, je les facilite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En tant que <i>Lieu de vie</i>, je fais en sorte de maintenir les liens familiaux, sociaux, culturels et votre citoyenneté.</li> </ul>

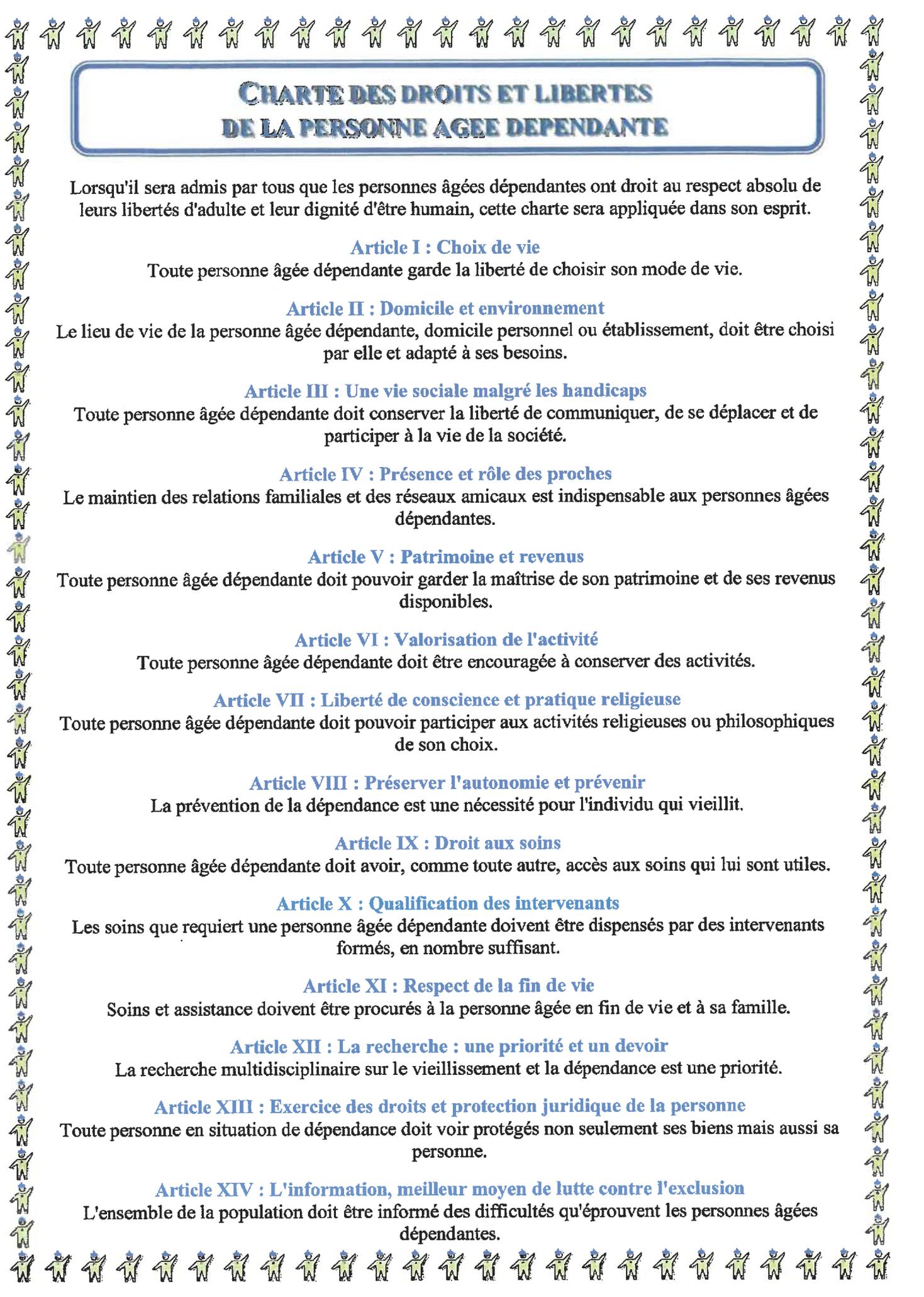
Une réalisation de l'association Asshumevie et des Instituts Gineste-Marescotti. Tous droits réservés.

Signature Habitant

Signature professionnelle







## CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE AGEE DEPENDANTE

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.

### Article I : Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

### Article II : Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

### Article III : Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

### Article IV : Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

### Article V : Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

### Article VI : Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

### Article VII : Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

### Article VIII : Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

### Article IX : Droit aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

### Article X : Qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

### Article XI : Respect de la fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

### Article XII : La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

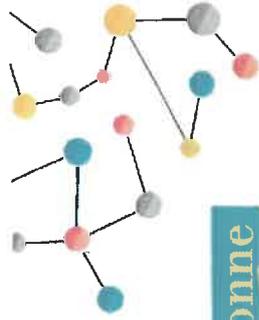
### Article XIII : Exercice des droits et protection juridique de la personne

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

### Article XIV : L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.





## La personne de confiance

### Quel est son rôle ?

Elle est votre porte-parole auprès de l'équipe médicale. Il est essentiel de lui parler de vos souhaits concernant votre santé.

Si vous le voulez elle peut vous accompagner lors de vos entretiens médicaux.

Si vous n'êtes plus en capacité d'exprimer votre volonté, votre personne de confiance devient l'interlocuteur privilégié de l'équipe médicale. Elle est informée et consultée en priorité par le médecin.

Elle pourra témoigner des indications que vous lui avez données concernant vos souhaits et vos convictions sur les éventuelles décisions à prendre. Par exemple : limitation ou arrêt de traitement, mise en place ou poursuite de soins de réanimation.

### Qui peut être votre personne de confiance ?

Toute personne majeure : un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant : quelqu'un en qui vous avez confiance. Vous ne pouvez désigner qu'une seule personne.

### Comment faire ?

- ✓ Cette désignation est un droit, pas une obligation <sup>1</sup>
- ✓ Vous pouvez l'annuler ou la modifier à tout moment
- ✓ La désignation est faite par écrit, signée par vous et corrigée par la personne désignée "personne de confiance".

- ✓ Le médecin traitant s'assure que la personne malade ou il s'agit informée de la possibilité de désigner une personne de confiance et, si besoin, l'aide à le faire.

### Qui peut désigner une personne de confiance ?

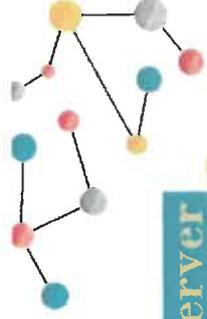
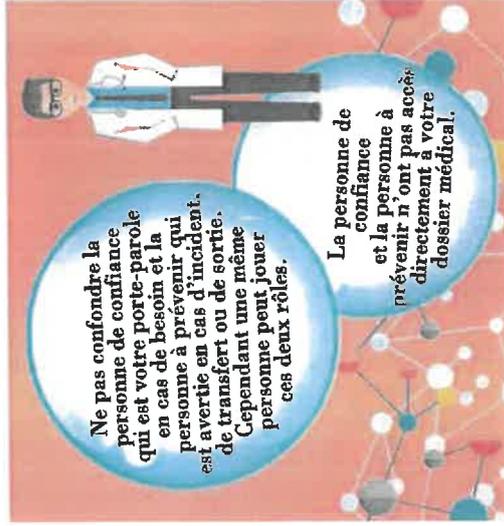
- ✓ Toute personne majeure
- ✓ Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

<sup>1</sup> Loi n° 2016-597 du 2 février 2016 « Créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie ».

<sup>2</sup> Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

<sup>3</sup> Loi n° 2002-302 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et loi n° 2016-597 du 2 février 2016 « Créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie ».

Article du Code de la Santé Publique : Personne de confiance L 1111-6



## Où conserver votre document ?

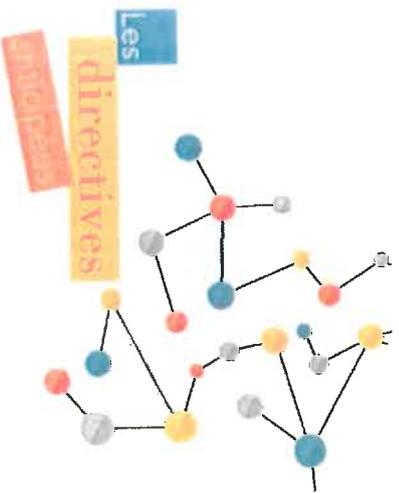
Vous pouvez en donner un exemplaire à votre personne de confiance et un exemplaire à votre médecin traitant.

## En cas d'hospitalisation

- ✓ J'ai désigné une personne de confiance, je le signale à l'équipe de soins.
- ✓ Je n'ai pas désigné de personne de confiance, je peux le faire. Cette désignation sera valable pour la durée de l'hospitalisation et modifiable à tout moment.

## Aujourd'hui je peux dire ce que je veux pour demain





### De quoi s'agit-il ?

Les directives anticipées constituent l'expression directe de votre volonté sur votre fin de vie. Vous pouvez écrire ce que vous souhaitez ou ne souhaitez pas en termes d'examen, de traitement et d'interventions, dans l'hypothèse où vous ne pourriez plus vous exprimer vous-même. Cela permet à l'équipe qui vous prend en charge de connaître votre volonté et de pouvoir la respecter.

### Quelle utilité ?

- ✓ Elles donnent au médecin un éclairage sur vos souhaits et l'aident à prendre les décisions en respectant votre volonté
  - ✓ Le médecin doit les respecter pour les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf dans deux situations :
    - en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète
    - lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.
  - ✓ Si « les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale », la décision du médecin de ne pas les appliquer est prise de façon collégiale<sup>1</sup>
- Cette procédure doit être notée dans votre dossier. Votre personne de confiance ou, à défaut, votre famille ou vos proches, en sont informés.

### Comment faire ?

- ✓ Elles peuvent être rédigées sur papier libre, vous mentionnez : nom, prénoms, date et lieu de naissance, vous dater et signez.
- ✓ Elles peuvent être rédigées sur un formulaire-type
  - modèle A : je suis atteint d'une maladie grave je pense être proche de la fin de ma vie
  - modèle B : je pense être en bonne santé je ne suis pas atteint d'une maladie grave

OU

- ✓ Ce formulaire est disponible sur le lien : [https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/fichedirectivesanticipee\\_es\\_10p\\_exev2.pdf](https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/fichedirectivesanticipee_es_10p_exev2.pdf) ou sur le site de la Haute Autorité de Santé : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2619437/fr/les-directives-anticipees-concernant-les-situations-de-fin-de-vie](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2619437/fr/les-directives-anticipees-concernant-les-situations-de-fin-de-vie)

- ✓ Si vous ne pouvez pas les écrire vous-même : vous pouvez les dicter en présence de deux témoins (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée) qui signeront le document pour l'authentifier.
- ✓ Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

### Quelle durée de validité ?

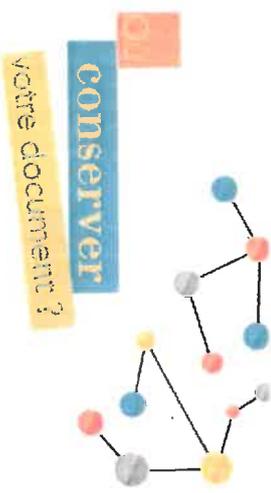
- ✓ Elles sont valables tant que vous le souhaitez et sont modifiables à tout moment. Il n'y a pas de durée de validité.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Art. 3 du décret n°2016 - 1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales prévues par la loi n° 2015-87 du 2 février 2015 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.  
<sup>2</sup> Loi n° 2015-87 du 2 février 2015 « Créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie »  
<sup>3</sup> Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie  
 Article du Code de la Santé Publique : Directives anticipées : L. 1111-11 et L.1111-12, R.1111-20 et R.412-571

**Le médecin traitant doit informer ses patients de la possibilité d'écrire des directives anticipées et les aider dans leur rédaction si nécessaire.**

**Avant une éventuelle décision de limitation ou d'arrêt de traitement, il appartiendra au médecin qui s'occupe de vous de vérifier si vous avez rédigé vos directives anticipées auprès de votre famille, de vos proches ou de votre médecin traitant**

**Le médecin doit tout mettre en œuvre pour soulager la douleur. L'acharnement thérapeutique et l'obstination déraisonnable sont illégaux.<sup>3</sup>**



### conservé votre document ?

Vous pouvez le conserver ou vous voulez. Le plus important est d'en informer votre personne de confiance si elle est désignée et/ou vos proches. Vous pouvez aussi en donner une copie à votre médecin ou à un autre professionnel de santé.



### EN CAS d'hospitalisation

- J'ai déjà rédigé mes directives anticipées, je les fournis à l'équipe de soins. Je peux toujours les modifier à tout moment.
- Je n'ai pas rédigé mes directives anticipées, ce peut être l'occasion de le faire.

**POUR PLUS D'INFORMATIONS**

**N'hésitez pas à en parler à un médecin ou à un professionnel de santé ou à une association de patients**



EXEMPLAIRE  
DOSSIER MEDICAL

Je soussigné(e) Mme/M. .... Prénom .....

Nom ..... Né(e) le .....

Désigne Mme/M. .... Prénom .....

Nom ..... Adresse .....

N° tel fixe .....  
N° tél portable .....

E-mail .....

Qualité (Rayer les mentions inutiles) :  
Médecin traitant / professionnel de santé / membre de ma famille / ami / proche (préciser) : .....

Comme étant ma personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation.

Je ne souhaite pas, à ce jour, désigner une personne de confiance.

J'ai rédigé mes directives anticipées :  oui  non

Si oui, j'en ai fait part à ma personne de confiance :  
 oui  non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :  
 oui  non

Fait à ..... Le .....

Signature du patient ..... Signature de la personne de confiance



EXEMPLAIRE  
PATIENT

Je soussigné(e) Mme/M. .... Prénom .....

Nom ..... Né(e) le .....

Désigne Mme/M. .... Prénom .....

Nom ..... Adresse .....

N° tel fixe .....  
N° tél portable .....

E-mail .....

Qualité (Rayer les mentions inutiles) :  
Médecin traitant / professionnel de santé / membre de ma famille / ami / proche (préciser) : .....

Comme étant ma personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation.

Je ne souhaite pas, à ce jour, désigner une personne de confiance.

J'ai rédigé mes directives anticipées :  oui  non

Si oui, j'en ai fait part à ma personne de confiance :  
 oui  non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :  
 oui  non

Fait à ..... Le .....

Signature du patient ..... Signature de la personne de confiance



EXEMPLAIRE  
PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) Mme/M. .... Prénom .....

Nom ..... Né(e) le .....

Désigne Mme/M. .... Prénom .....

Nom ..... Adresse .....

N° tel fixe .....  
N° tél portable .....

E-mail .....

Qualité (Rayer les mentions inutiles) :  
Médecin traitant / professionnel de santé / membre de ma famille / ami / proche (préciser) : .....

Comme étant ma personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation.

Je ne souhaite pas, à ce jour, désigner une personne de confiance.

J'ai rédigé mes directives anticipées :  oui  non

Si oui, j'en ai fait part à ma personne de confiance :  
 oui  non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :  
 oui  non

Fait à ..... Le .....

Signature du patient ..... Signature de la personne de confiance

## QUI PEUT ÊTRE LA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Toute personne majeure de votre entourage (membre de la famille, proche, amis) en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission. Vous pouvez également désigner votre médecin traitant ou un professionnel de santé.

### QUEL EST SON RÔLE ?

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, la personne de confiance a une mission d'accompagnement :

- Vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- Assister aux consultations ou entretiens médicaux avec vous.

Elle n'a pas accès à votre dossier médical.

Si vous ne pouvez plus vous exprimer, elle aura une mission de référent auprès de l'équipe médicale. Elle sera votre porte-parole pour transmettre fidèlement vos souhaits et vos convictions concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt, le refus de traitement ou d'actes médicaux.

Son témoignage l'emportera sur les autres avis de votre entourage (membres de la famille, proches, etc.). Néanmoins, toute décision sera prise par le médecin référent en concertation avec l'équipe soignante et après avis d'un autre médecin.

### QUAND LA DÉSIGNER ?

Vous pouvez la désigner à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap. La désignation de la personne de confiance est faite par écrit. Elle est possible à tout moment et révoquable à tout moment. Vous pouvez également indiquer votre personne de confiance dans vos directives anticipées.

## PERSONNE DE CONFIANCE ET PERSONNE À PRÉVENIR

Il ne faut pas confondre la « personne de confiance », qui est votre porte-parole en cas de besoin, avec la « personne à prévenir » qui doit être avertie en cas d'incident, de transfert ou de sortie. Cependant, une même personne peut jouer ces deux rôles.

### DANS LE CAS D'UNE MISE SOUS-TUTELLE

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Ref 9414003.1

## QUI PEUT ÊTRE LA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Toute personne majeure de votre entourage (membre de la famille, proche, amis) en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission. Vous pouvez également désigner votre médecin traitant ou un professionnel de santé.

### QUEL EST SON RÔLE ?

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, la personne de confiance a une mission d'accompagnement :

- Vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- Assister aux consultations ou entretiens médicaux avec vous.

Elle n'a pas accès à votre dossier médical.

Si vous ne pouvez plus vous exprimer, elle aura une mission de référent auprès de l'équipe médicale. Elle sera votre porte-parole pour transmettre fidèlement vos souhaits et vos convictions concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt, le refus de traitement ou d'actes médicaux.

Son témoignage l'emportera sur les autres avis de votre entourage (membres de la famille, proches, etc.). Néanmoins, toute décision sera prise par le médecin référent en concertation avec l'équipe soignante et après avis d'un autre médecin.

### QUAND LA DÉSIGNER ?

Vous pouvez la désigner à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap. La désignation de la personne de confiance est faite par écrit. Elle est possible à tout moment et révoquable à tout moment. Vous pouvez également indiquer votre personne de confiance dans vos directives anticipées.

## PERSONNE DE CONFIANCE ET PERSONNE À PRÉVENIR

Il ne faut pas confondre la « personne de confiance », qui est votre porte-parole en cas de besoin, avec la « personne à prévenir » qui doit être avertie en cas d'incident, de transfert ou de sortie. Cependant, une même personne peut jouer ces deux rôles.

### DANS LE CAS D'UNE MISE SOUS-TUTELLE

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Ref 9414003.1

## QUI PEUT ÊTRE LA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Toute personne majeure de votre entourage (membre de la famille, proche, amis) en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission. Vous pouvez également désigner votre médecin traitant ou un professionnel de santé.

### QUEL EST SON RÔLE ?

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, la personne de confiance a une mission d'accompagnement :

- Vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- Assister aux consultations ou entretiens médicaux avec vous.

Elle n'a pas accès à votre dossier médical.

Si vous ne pouvez plus vous exprimer, elle aura une mission de référent auprès de l'équipe médicale. Elle sera votre porte-parole pour transmettre fidèlement vos souhaits et vos convictions concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt, le refus de traitement ou d'actes médicaux.

Son témoignage l'emportera sur les autres avis de votre entourage (membres de la famille, proches, etc.). Néanmoins, toute décision sera prise par le médecin référent en concertation avec l'équipe soignante et après avis d'un autre médecin.

### QUAND LA DÉSIGNER ?

Vous pouvez la désigner à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap. La désignation de la personne de confiance est faite par écrit. Elle est possible à tout moment et révoquable à tout moment. Vous pouvez également indiquer votre personne de confiance dans vos directives anticipées.

## PERSONNE DE CONFIANCE ET PERSONNE À PRÉVENIR

Il ne faut pas confondre la « personne de confiance », qui est votre porte-parole en cas de besoin, avec la « personne à prévenir » qui doit être avertie en cas d'incident, de transfert ou de sortie. Cependant, une même personne peut jouer ces deux rôles.

### DANS LE CAS D'UNE MISE SOUS-TUTELLE

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Ref 9414003.1

# Mes Directives Anticipées

## Mon identité :

Nom de naissance : .....

Nom d'usage (s'il y a lieu) : .....

Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à .....

Domicilié(e) à : .....

.....

.....

.....

.....

.....

## Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du Code civil :

J'indique ci-dessous si :

• J'ai l'autorisation du juge :

Oui       Non

• Du conseil de famille :

Oui       Non

Je joins la copie de l'autorisation si je la détiens.

## Si je suis dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) mes directives anticipées :

Alors, je me fais assister de quelqu'un qui peut le faire pour moi et devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

### Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom(s) : .....

Prénom(s) : .....

Qualité : .....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

M. ou Mme.....

Fait le ..... à .....

Signature :

### Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom(s) : .....

Prénom(s) : .....

Qualité : .....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

M. ou Mme.....

Fait le ..... à .....

Signature :





**A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet,** la loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. J'indique donc ci-dessous si j'accepte ou si je refuse que soit entrepris :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :

Oui       Non

Remarques : .....

- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :

Oui       Non

Remarques : .....

- Une intervention chirurgicale :

Oui       Non

Remarques : .....

- Autre (s) : .....

Remarques : .....

Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :

Oui       Non

Remarques : .....

- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :

Oui       Non

Remarques : .....

- Une intervention chirurgicale :

Oui       Non

Remarques : .....

- Autre (s) : .....

Remarques : .....

**Si je me sais atteint(e) d'une maladie grave et si, mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris dans ce contexte,** j'indique ici ceux que j'accepte et / ou ceux que je refuse, qu'il s'agisse de leur mise en œuvre ou de leur poursuite :

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

**3) Si je pense être en bonne santé, je fais connaître ci-dessous mes volontés :**

**A propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie** (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible). J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

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

**A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet,** la loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. J'indique donc ci-dessous si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio-respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielle, etc.) :

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

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

**4) A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur :**

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

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

**5) A propos de la désignation d'une personne de confiance :**

Je peux également désigner une personne de confiance. La loi prévoit que cette personne témoignera de mes volontés et parlera en mon nom si je ne peux plus m'exprimer : elle sera consultée en premier si je n'ai pas rédigé mes directives anticipées ou si mes directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où le médecin aurait besoin de les consulter.

Si je souhaite désigner une personne de confiance et que je ne l'ai pas encore fait, je me renseigne auprès des soignants.

Si j'ai déjà désigné une personne de confiance, je renseigne ci-dessous son identité :

Noms(s) : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à .....

Domicilié(e) : .....

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

Qualité (médecin traitant / professionnel de santé / membre de ma famille / ami / proche) :

.....  
.....

**6) Authentification des directives anticipées :**

Fait le ..... à .....

Signature :

**7) Modification ou annulation de mes directives anticipées**

Si je souhaite modifier mes directives anticipées, je peux en rédiger de nouvelles et demander à mon médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur mon dossier médical partagé, je peux en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

Si je souhaite simplement les annuler, je remplis les lignes ci-dessous :

Je soussigné(e) (Noms et prénoms) : .....  
.....

déclare annuler mes directives anticipées datées en date du .....  
.....

Fait le ..... à .....

Signature :

• **Certification pour la qualité et la sécurité des soins**

Décision de la Haute Autorité de Santé en date du **22-10-2019**

Consultez les résultats sur le site officiel de la HAS



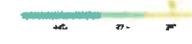
• **Prévention des infections associées aux soins (données 2022)**

Intitulé	Description	Secteur	Résultat Objectif : 80/100	Le point positionne les résultats du CH de Troyes au niveau national
Indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques	Cet indicateur mesure la consommation de solutions hydroalcooliques, un marqueur indirect des bonnes pratiques d'hygiène des mains qui diminuent les infections associées aux soins.	MCO SMR	97/100	

• **Qualité des prises en charge cliniques (données 2022)**

Intitulé	Description	Secteur	Résultat Objectif : 80/100	Le point positionne les résultats du CH de Bar-sur-Aube au niveau national
Evaluation et prise en charge de la douleur.	Cet indicateur mesure l'évaluation et la prise en charge de la douleur des patients par l'équipe soignante	MCO	52/100	
		SMR	18/100	
Prescription d'antibiotique de 7j ou moins pour infection respiratoire basse	Cet indicateur mesure le taux de patients hospitalisés pour lesquels des antibiotiques ont été prescrits pour une durée de 7j max, ou plus si justifiée, pour une infection respiratoire basse	MCO	90/100	
Projet de soins, projet de vie	Cet indicateur mesure la qualité du projet qui vise à optimiser l'autonomie du patient et sa réinsertion familiale, sociale et professionnelle	MCO	50/100	

• **Qualité de la coordination des prises en charge (données 2022)**

Intitulé	Description	Secteur	Résultat Objectif : 80/100	Le point positionne les résultats du CH de Troyes au niveau national
Qualité de la lettre de liaison à la sortie	Cet indicateur mesure la qualité de la lettre de liaison, remise au patient à la sortie et adressée au médecin traitant. Elle est un élément clé pour assurer une bonne coordination hôpital/ville...	MCO	61/100	
		SMR	68/100	

• **Satisfaction et expérience des patients (données 2023)**

La mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients est effectuée via des questionnaires remplis par les patients après leur séjour. Le questionnaire est adapté au type de séjour et concerne différentes étapes du parcours de soin.

MCO/SMR	e-satis (questionnaire mail envoyé au patient par la HAS à l'adresse mail communiquée au service administratif)	Questionnaire de satisfaction interne
Niveau de satisfaction global des patients	80/100 (5 évaluations)	100/100 (84 évaluations)

