

E.H.P.A. LES HORTENSIAS  
59 Rue Aristote – 62100 CALAIS  
☎ 03.21.46.99.00  
Email : hortensias.calais@orange.fr  
Site : www.leshortensiascalais.fr

# CONTRAT DE SEJOUR

---

HEBERGEMENT PERMANENT



## PREAMBULE

Le contrat de séjour définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident. Les particuliers appelés à souscrire un contrat de séjour sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention.

La résidence « Les Hortensias » gérée par l'association « Les Hortensias » est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA), au sens de l'action sociale et des familles, conventionné avec le Conseil Général du Pas-de-Calais. L'établissement a un caractère privé à but non lucratif, il a le statut d'association, sa gestion est donc désintéressée.

A ce titre, parce qu'il est conventionné, il bénéficie de l'Aide Personnalisée pour l'Autonomie (APA) et est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale qui en font la demande et qui remplissent les conditions d'admission.

L'EHPA « Les Hortensias » ne peut avoir vocation à se substituer à un établissement médicalisé tel qu'EHPAD et ne peut accueillir et/ou maintenir l'accueil de personnes âgées dépendantes sans porter atteinte à leur sécurité, leur santé, leur bien être physique et/ou moral.

En effet, l'établissement « Les Hortensias » n'est pas habilité pour accueillir des personnes âgées dépendantes nécessitant un accompagnement et/ou une surveillance régulière assimilable aux prestations fournies par un établissement médicalisé.

Aussi en cas de nécessité d'une réorientation vers une structure correspondant davantage aux besoins, notamment médicaux, la résidence s'associera aux démarches et diligences du résident afin qu'il puisse intégrer une structure adaptée à sa situation.

## E.H.P.A. LES HORTENSIAS

---

Il est conclu entre :

D'une part,

Monsieur ou Madame :

Né(e) le :

Ci-après, dénommé, le Résident.

Le cas échéant,

Représenté(e) par la personne de confiance : M. ou Mme (indiquer nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, lien de parenté éventuel)

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

Dénommé le Représentant Légal (préciser tuteur, curateur, mandataire judiciaire à la protection des majeurs ; joindre la photocopie du jugement)

.....  
.....

Et d'autre part,

L'E.H.P.A. **Les Hortensias** (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées) à Calais, Association loi 1901. Représenté par la directrice, Mme Stéphanie BAUDE.

Adresse : 59 Rue Aristote 62100 CALAIS

Il a été convenu ce qui suit

## CONDITIONS D'ADMISSION

L'établissement accueille des personnes âgées d'au moins 60 ans. Toutefois des personnes de moins de 60 ans peuvent être admises par dérogation du Conseil Départemental.

La résidence accueille des personnes âgées autonomes et en légère perte d'autonomie. Elles doivent à minima savoir marcher avec un déambulateur et manger seule mais afin de garantir un niveau d'autonomie compatible avec l'établissement, une période d'adaptation en hébergement temporaire doit être réalisée au préalable.

L'admission est prononcée par la Directrice après la remise du dossier administratif comprenant :

- La fiche de renseignements
- L'engagement à payer
- Le livret de famille
- L'attestation de sécurité sociale et la carte de mutuelle
- Le dernier avis d'imposition
- Le jugement de tutelle ou curatelle ou sauvegarde de justice
- Les 3 derniers relevés mensuels des comptes bancaires et livrets

## DUREE DU SEJOUR

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée à compter du .....

Cette date est fixée par les deux parties. Elle correspond à la date de départ de la facturation des prestations d'hébergement, même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.

## PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le document « Règlement de fonctionnement » joint et remis au résident avec le présent contrat.

Les Tarifs qui s'imposent à l'établissement résultent d'une décision de l'autorité de tarification (Conseil Départemental). Ils sont portés à la connaissance du résident ou de son représentant légal.

## DESCRIPTION DU LOGEMENT ET DU MOBILIER FOURNI PAR L'ETABLISSEMENT

A la date de la signature du contrat, la chambre n° \_\_\_\_\_ est attribuée à  
M \_\_\_\_\_

Un état des lieux contradictoire est dressé à l'entrée et figure en annexe du contrat.

Le résident, dans la limite de la taille de la chambre, peut amener des effets et du mobilier personnel s'il le désire (lit médicalisé, fauteuil, table, chaise, photos...). Clous et punaises peuvent être utilisés pour décorer les murs de la chambre.

## E.H.P.A. LES HORTENSIAS

---

Sont formellement interdits :

- Les multiprises sans interrupteur
- Les lampes halogène
- Les téléviseurs à tube cathodiques
- Les chauffages d'appoint
- Les appareils vétustes
- Le perçage des murs étanches du cabinet de toilette

Les lieux occupés devront être rendus tels qu'ils ont été reçus, excepté ce qui a été dégradé par vétusté. En cas de dégradation non liée à la vétusté, il est possible d'opérer une retenue sur le dépôt de garantie.

Les communications téléphoniques sont à la charge du résident.

La fourniture de l'électricité, du chauffage et de l'eau est à la charge de l'établissement.

L'établissement n'est pas responsable des pertes et vols d'objets personnels ou d'argent.

Le logement du résident étant un substitut de son domicile, toutes visites ou réceptions sont autorisées.

Dépôt de garantie :

Un dépôt de garantie de 1000€ est demandé lors de l'entrée du résident. Ce dernier est demandé pour garantir le paiement des frais de séjour et prendre en charge les réparations ou charges liées à d'éventuelles dégradations du fait du résident, constatées dans les locaux privatifs mis à sa disposition. Ce dépôt est restitué à la personne hébergée ou à son représentant légal dans les trente jours qui suivent sa sortie d'établissement sous réserve du paiement des éventuelles créances ainsi que des éventuelles dégradations constatées lors du départ du résident.

## RESTAURATION

Le petit déjeuner est servi en chambre.

Les repas (déjeuner, dîner) sont servis en salle de restauration sauf si l'état de santé du résident justifie qu'ils soient pris en chambre.

Le goûter, en salle d'animation ou en chambre.

Le résident peut inviter les personnes de son choix au déjeuner, sous réserve que l'établissement soit prévenu 6 jours à l'avance. Le prix du repas applicable est communiqué chaque année.

Il peut également, sous certaines conditions, organiser une manifestation plus importante (anniversaire, fête des mères, ...) dans une salle privatisée pour l'évènement.

## **LE LINGE ET SON ENTRETIEN**

L'établissement fournit le linge de lit (draps, alèzes, taies d'oreiller).

Les résidents sont tenus d'avoir à leur entrée un trousseau complet. Il appartient aux familles de le renouveler.

L'entretien du linge personnel est pris en charge par la famille. Toutefois, la résidence peut se charger de laver (hormis linge délicat) moyennant participation. Le prix de la prestation est communiqué chaque année.

## **ENTRETIEN**

L'établissement assure toutes les tâches de ménage et les petites réparations dans le respect du rythme de vie de la personne accueillie.

## **ANIMATION**

Les actions d'animation régulièrement organisées par l'établissement ne donnent pas lieu à une facturation. Des activités diverses et des animations collectives sont proposées plusieurs fois dans la semaine, y compris le samedi.

Le programme est affiché dans l'établissement. Chacun est invité à y participer.

## **AUTRES PRESTATIONS**

L'accès est facilité à certaines autres prestations : coiffeur, pédicure,...

Le coût est à la charge du résident.

## **SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE MEDICALE**

L'établissement assure une permanence 24h/24h : appel malade, veille de nuit, caméras de surveillance.

La surveillance médicale est effectuée par le médecin traitant du résident.

La préparation du pilulier, les toilettes et soins sont assurés par un professionnel de santé libéral librement choisi par chaque résident.

Les séances de kinésithérapie sont également réalisées par le kinésithérapeute libéral choisi par le résident.

Les frais induits par les praticiens libéraux ne font pas partie des frais de séjour.

## COÛT DU SEJOUR

Le tarif est fixé chaque année par le Conseil Départemental.

Le prix de journée se compose de 2 tarifs :

- Le tarif **hébergement** : c'est un tarif tout compris qui couvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'animation.
- Le tarif **dépendance** : couvre les dépenses liées à l'assistance et l'accompagnement du résident au quotidien, à l'exclusion des soins. Il est fonction de l'état de dépendance du résident évalué par le médecin traitant selon la grille d'évaluation d'autonomie (grille AGGIR).

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie versée par le Conseil Départemental permet de couvrir une partie du tarif dépendance.

Les frais d'hébergement et de dépendance sont payés mensuellement et à terme échu.

Les résidents sollicitant l'aide sociale à l'entrée sont tenus de verser une provision sur le montant des frais d'hébergement pendant la période allant de l'admission à la date de la décision de la commission d'aide sociale.

### Tarifs applicables au 1<sup>er</sup> avril 2025

	Hébergement	Dépendance	TOTAL	Déduction APA	A la charge du résident
GIR 1 et 2	70.83 €	13.67 €	84.50 €	9.99 €	74.51 €
GIR 3 et 4	70.83 €	8.68 €	79.51 €	5.00 €	74.51 €
GIR 5 et 6	70.83 €	3.68 €	74.51 €	0.00 €	74.51 €

## CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

### **En cas d'hospitalisation – Tarif hébergement**

- Résidents ne bénéficiant pas de l'aide sociale :  
En cas d'hospitalisation de plus de 72h, le tarif hébergement est réduit du montant du forfait journalier hospitalier de 20 €.
- Résidents bénéficiant de l'aide sociale :  
En cas d'hospitalisation de plus de 72 heures, la prise en charge du prix de journée résiduel (soit minoré du montant du forfait journalier hospitalier) est assurée par l'Aide Sociale pendant 21 jours.  
Au-delà, les frais de séjour ne sont plus pris en charge par l'aide Sociale, parallèlement l'hébergé garde l'intégralité de ses ressources et supportera le tarif hébergement réduit du forfait journalier hospitalier.

### **En cas d'hospitalisation – Tarif dépendance**

Le ticket modérateur (tarif dépendance restant à la charge du résident) est suspendu dès le 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation.

### **En cas d'absence pour convenances personnelles**

Le tarif hébergement est facturé intégralement les 3 premiers jours.

Les jours suivants sont facturés, déduction faite de la journée alimentaire + hôtellerie (voir tarif en vigueur).

L'établissement devra être informé 8 jours à l'avance de ces absences.

Les absences pour convenances personnelles sont limitées à 5 semaines, soit 35 jours, par année civile. Au-delà, l'hébergement est facturé à taux plein.

Le tarif dépendance n'est pas facturé dès le 1<sup>er</sup> jour d'absence, à condition que l'établissement en ait été informé.

### RESLIATION DU CONTRAT

#### **A l'initiative du résident**

Le résident peut interrompre son séjour mais un préavis de 30 jours est demandé. Si le préavis ne peut être respecté, les 30 journées seront facturées.

#### **A l'initiative de l'établissement**

L'établissement peut résilier le présent contrat de plein droit et sans indemnité dans les conditions et cas suivants :

En cas de défaut de paiement : tout retard de paiement égal ou supérieur à 30 jours après la date d'échéance (le 10 du mois suivant) fera l'objet d'un entretien personnalisé entre la Directrice et la personne intéressée, éventuellement accompagnée d'une personne de son choix. En cas d'échec de cette entrevue, une mise en demeure de payer sera notifiée au résident et/ou son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception. La régularisation doit intervenir dans un délai de 30 jours à partir de la notification du retard. A défaut, le logement est libéré dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la résiliation du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas d'incompatibilité avec la vie collective : des faits sérieux et préjudiciables peuvent notifier une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé entre le responsable de l'établissement et l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix. En cas d'échec, la directrice sollicite l'avis du conseil d'établissement et arrête sa décision définitive quant à la résiliation du contrat. Cette dernière est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au résident et/ou à son représentant légal.

En cas d'inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil : si le résident est atteint d'une affection ou d'une invalidité qui ne permet plus son maintien dans l'établissement, le résident et/ou son représentant légal sont prévenus. La résiliation prend effet, dès le transfert du résident dans un autre établissement.

En cas de décès : la famille ou à défaut, une personne désignée est immédiatement informée. Le contrat de séjour se trouve résilié le lendemain du décès. La facturation, réduite de la journée alimentaire et du ticket modérateur, continue néanmoins de courir tant que les objets personnels n'ont pas été retirés du logement. La chambre doit être libérée au plus tard dans un délai de 6 jours à compter du décès. Passé ce délai, les objets non récupérés seront offerts à une association.

L'aide sociale est suspendue dès le lendemain du décès.

En cas de non respect du règlement de fonctionnement.

## RESPONSABILITES RESPECTIVES

Pour les dommages dont il peut être la cause et éventuellement la victime, et qui ne seraient pas rattachables aux activités de l'établissement, le résident est invité :

- à souscrire une assurance responsabilité civile d'occupant dont il justifie chaque année auprès de l'établissement.

En ce qui concerne les objets de valeur tels que : bijoux, valeurs mobilières..., restent sous la responsabilité de la personne admise.

Fait à CALAIS

Le

La Directrice

Le Résident

ou sa personne de confiance,  
ou son représentant légal,

Mme BAUDE

M. \_\_\_\_\_

M. \_\_\_\_\_

**Annexe 1 :**

**ETAT DES LIEUX PRIVATIF**

Chambre n° :

NOM et Prénom du Résident :

Etat des lieux d'entrée

Etat des lieux de sortie

Date :

Date :

Chambre	Neuf	Bon Etat	Etat Correct	Mauvais Etat	Fissures	Trous
Mur						
Plafond						
Sol						
Porte						
Fenêtre						
Volet						
Radiateur						
Interrupteurs						
Prises						
Lit						
Commode						
Table Chevet						
Table						
Placard						
Rideaux						
Couvre Lit						
Téléphone						
Applique						
Fauteuil						
Salle de Bains	Neuf	Bon Etat	Etat Correct	Mauvais Etat	Fissures	Trous
Mur						
Plafond						
Sol						
Porte						
Lavabo						
Robinetterie						
Interrupteurs						
Prises						
Miroir						
Lunette						
Chasse d'Eau						
Grille Ventilation						

Etat des lieux établi le

Signature du Résident ou de son représentant

NOM et Signature du salarié de la  
Résidence ayant établi l'état des lieux

**Annexe 2 :**

**LA PERSONNE DE CONFIANCE (loi du 4 mars 2002)**

Il s'agit d'une personne librement choisie par le résident dans son entourage et en qui il a toute confiance (parent, proche ou médecin traitant).

La personne de confiance est habilitée à être informée et consultée lorsque le résident se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté ou à l'accompagner durant son séjour.

La désignation de la personne de confiance :

- Se fait par écrit
- Est valable pour la durée du séjour
- Est révocable à tout moment par le résident (demande écrite).

Le rôle de la personne de confiance est (si le résident le souhaite) :

- D'accompagner le résident dans ses démarches
- D'assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions
- D'être consultée pour toute intervention ou investigation lorsque le résident est hors d'état d'exprimer sa volonté.

En cas d'interruption de séjour momentanée, la personne de confiance sera reconduite sauf demande contraire de votre part.

**FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Je soussigné(e) .....

Déclare nommer comme personne de confiance .....

En qualité de (ex. : fils, sœur, ami, voisin, ....) .....

Adresse : .....

Joignable au : ....., Email : .....

pour la durée de l'hébergement à la résidence Les Hortensias.

Fait à CALAIS,

Le : .....

Signature du résident

**Annexe 3 :**

**RECEPISSE DEPOT DE GARANTIE**

Je soussignée, BAUDE Stéphanie, agissant en qualité de Directrice de l'établissement déclare avoir reçu, à titre de dépôt de garantie, la somme de 1 000 euros de M.

---

Chèque n° : \_\_\_\_\_  
en date du \_\_\_\_\_

Le dépôt de garantie sera encaissé et conservé par l'établissement pendant toute la durée du séjour et restitué au résident (ou son représentant légal), à ses ayants en cause (après présentation d'un certificat d'hérédité) ou au notaire (après réception d'un acte notariat) sous un mois à compter du jour de départ de l'établissement ou de la libération de la chambre après décès.

A noter que celui-ci pourra être réduit d'éventuels impayés et frais de remise en état des locaux hors vétusté, constatés par les deux parties lors de la résiliation d'un état des lieux contradictoire. Le montant des travaux nécessaires est évalué sur la base d'un devis arrêté par un professionnel.

Fait à CALAIS, le \_\_\_\_\_

Signature du résident ou sa personne de confiance, ou son représentant légal

Signature de la Directrice, S. BAUDE

**Annexe 4**

**Les Tarifs au 01/04/25**

Actualisés chaque année par voie d'affichage dans l'établissement

Tarif Hébergement	70,83 €
Dépendance GIR5-6	3,68 €
Dépendance GIR3-4	8,68 €
Dépendance GIR1-2	13,67 €
Journée hospitalisation > 3 jours	50,83 €
Forfait téléphonique journalier	0,75 €
Lessive	9,95 €
Repas invité	9,00 €
Journée alimentaire	6,00 €
Journée hôtellerie	14,00 €

**Annexe 5**

**PRESTATAIRES EXTERIEURS**

PRESTATAIRES	Choisi par le Résident ou son Représentant	Proposé par l'Etablissement
Médecin		
Soins infirmier		SSIAD Salengro
Pharmacie		Mollien
Hôpitaux - Cliniques		Hôpital CALAIS
Ambulancier		Calaisienne - Coulogne
Kinésithérapeutes		M. BOURGOIS
Pédicure		Mme SEGOT
Coiffeur		Isabelle GUILBERT
Pompes Funèbres		
Funérarium		

Fait à CALAIS, le \_\_\_\_\_

Lu et approuvé

Pour le Résident

Pour la Direction