



DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE

Service d'Aide et de Soins à Domicile PAYS D'ORTHE ET ARRIGANS

Ce document est un contrat individuel de prise en charge précisant les conditions générales d'intervention entre :

La personne accompagnée

Nom / Prénom de la personne accompagnée :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Nom du Représentant légal (si applicable) :

Organisme, le cas échéant :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Et

Le SASD PAYS D'ORTHE ET ARRIGANS

Le SASD est constitué de deux entités distinctes, structure de soins et structure aide, ayant conventionné pour garantir une prise en charge globale, coordonnée et continue.

	<input type="checkbox"/> Structure Aide	<input type="checkbox"/> Structure Soins
<i>Autorisation</i>	XX	XX
<i>Adresse</i>	CIAS du Pays D'orthe Et Arrigans 60 allée du marais 40290 Misson Antenne Communauté De Communes Pays D'orthe Et Arrigans 156 route de Mahoumic 40300 Peyrehorade	Santé Service Dax 22 route des Pyrénées 40180 Narrosse
<i>Téléphone</i>	05.58.73.00.73	05 58 58 10 58
<i>Représenté par</i>	Jean-Marc LESCOUTE, président du CIAS	son président M. Yannick GARCIA et sa directrice Mme Camille BONNEVAL



1. Lieu d'exécution de la prise en charge

La prise en charge se fait à l'adresse indiquée sur le contrat.

La personne accompagnée doit rendre accessible son logement aux intervenants par tout moyen (code d'accès, boîte à clé...).

En cas de changement de lieu temporaire ou définitif, le service se réserve le droit de réévaluer ou de résilier le contrat.

2. Nature et modalités de l'intervention

Le SASD a pour mission de proposer des interventions dans le but de préserver et d'encourager l'autonomie de la personne à son domicile et de soutenir l'aide. L'évaluation initiale a permis d'identifier les besoins suivants :

Prestations	Aide	Soins	Fréquence
Soins techniques infirmiers		<input type="checkbox"/>	
Surveillance clinique		<input type="checkbox"/>	
Toilette / hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entretien du cadre de vie	<input type="checkbox"/>		
Aide aux repas	<input type="checkbox"/>		
Accompagnement aux courses	<input type="checkbox"/>		
Accompagnement lien social	<input type="checkbox"/>		
Surveillance / présence (garde de jour)	<input type="checkbox"/>		
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Articulation avec le Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA)

Les besoins repérés à ce jour constituent une première base d'analyse.

La nature des interventions sera personnalisée en fonction des attentes et de l'évaluation des besoins et capacités ainsi qu'au regard du plan d'aide, le cas échéant. Ces interventions sous forme d'objectifs seront intégrées dans le projet personnalisé d'accompagnement (**avenant à ce contrat**).

Le projet personnalisé est proposé par le SASD dans un délai de six mois à compter de la signature du présent document. Il sera révisé à minima une fois par an.



4. Suivi des interventions

L'ensemble des prestations est réévalué en fonction de l'évolution de l'état de santé ou de tout changement notable de situation.

En cas de soins infirmiers, le service s'assure du suivi de la prescription médicale. Il est nécessaire de mettre à disposition des professionnels soignants un exemplaire de toutes nouvelles prescriptions.

Le SASD garantit la continuité de service, en priorité pour les soins et l'aide aux actes essentiels de la vie. La personne accompagnée sera informée des changements par tout moyen. En cas de refus de sa part, ses motivations seront analysées au regard du règlement de fonctionnement pour décider de la conduite à tenir.

Afin d'assurer la continuité des prestations, le service laisse au domicile des informations rangées dans une sacoche (sur laquelle est inscrit « Données confidentielles »). Ces informations peuvent être sensibles et doivent être conservées à l'abri des regards indiscrets.

5. Durée du contrat

Le contrat est signé pour une durée indéterminée.

6. Suspension du contrat

Toutes les situations imposées par l'urgence entraîneront de plein droit la suspension immédiate des prestations. Cette suspension ne peut excéder 30 jours.

En cas d'absence prévisible, la personne s'engage à informer la structure Aide dans un délai de **3 jours** (hors samedi et dimanche). Le non-respect de ce délai entraîne une facturation sur la base du **tarif taux plein pendant 3 jours maximum**.

7. Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié sans délai lorsque :

- La prescription médicale n'est pas renouvelée (pour la partie soins)
- Les aides financières cessent, diminuent ou ne sont pas acceptées (pour la partie aide)
- La personne accompagnée intègre de façon permanente un établissement d'hébergement
- En cas d'agissement grave portant atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique du personnel

Le contrat peut être résilié avec préavis :

- Sur décision de la personne accompagnée, en respectant le préavis d'un mois (par lettre recommandée avec accusé de réception)
- Lorsque les conditions de sécurité au domicile ne sont plus compatibles à l'exercice des interventions
- Lorsque les besoins liés à la dépendance ne sont plus compatibles à l'exercice des interventions
- Lorsque la facturation des prestations d'aide n'est pas régularisée, en respectant le préavis d'un mois (par lettre recommandée avec accusé de réception)
- Lorsque la suspension des prestations est supérieure à 30 jours.



Le non-respect du règlement de fonctionnement peut également entraîner la mise en cause de la personne accompagnée et de l'organisme en charge.

Le service motivera toute décision d'arrêt de contrat.

Dans tous les cas, le paiement des interventions d'aide déjà effectuées est dû.

8. Articulation entre aide et soins

Les deux structures coopèrent dans le cadre du conventionnement SAD mixte via :

- Des transmissions partagées
- Des réunions de coordination
- Des échanges réguliers entre les responsables et intervenants
- Une harmonisation des plannings et des priorités d'intervention

La personne accompagnée conserve un interlocuteur référent par structure et peut à tout moment solliciter un ajustement du plan d'intervention.

9. Engagements réciproques

Le SASD s'engage à :

- Respecter la dignité, l'intimité et les choix de vie de la personne accompagnée
- Prendre en compte le rythme de la personne dans la limite des capacités des structures
- Garantir la confidentialité des informations
- Assurer la continuité et la qualité des interventions
- Prévenir toute situation à risque et signaler tout évènement indésirable

La personne accompagnée s'engage à :

- Faciliter l'accès au domicile
- Prévenir en cas d'absence
- Respecter les horaires convenus
- Mettre le matériel demandé à disposition
- Respecter les professionnels intervenants

10. Expression des personnes accompagnées et médiation de la consommation

Toute expression ou réclamation (orale ou écrite) peut être adressée au service. Elle fera l'objet d'un traitement et d'une analyse par la structure concernée.

La personne accompagnée a la possibilité de faire appel à une personne qualifiée choisie sur une liste établie conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Départemental et figurant en annexe du Livret d'accueil.

En cas de litige non résolu, la personne accompagnée peut recourir à un médiateur compétent.

Conformément aux dispositions des articles L.611-1 et suivants du Code de la consommation, toute personne accompagnée a le droit de recourir gratuitement à un médiateur de la

Envoyé en préfecture le 01/12/2025

Reçu en préfecture le 01/12/2025

Publié le 01/12/2025



consommation en cas de litige non résolu avec le service, après épuisement des voies de réclamation interne.

Document ID: 040-200075687-20251127-2025_77-DE



Le médiateur désigné est :

[Nom et coordonnées du médiateur de la consommation choisi par le service]

(Adresse postale – Adresse mail – Site internet – Téléphone)

La personne accompagnée conserve la possibilité de saisir toute autre instance de recours prévue par la réglementation.

11. La prise en charge financière

11.1 Pour la partie soins :

Elle est assurée par la caisse d'assurance maladie, en conséquence aucune facturation de soins ne sera adressée à la personne accompagnée.

11.2 Pour la partie aide

Les prestations d'aide à domicile sont facturées, sur la base d'un **devis accepté** par la personne accompagnée, selon le tarif horaire en vigueur au sein de la structure, fixé par les organismes financeurs et par délibération.

Des majorations peuvent s'appliquer sur des jours d'intervention (dimanche, jours fériés, nuit, etc.).

Les frais sont facturés mensuellement à terme échu, sur la base du nombre d'heures réalisées. La personne accompagnée s'engage à régler les sommes dues selon les modalités précisées dans la facture.

En cas de modification des tarifs, la structure en informera la personne accompagnée.

12. RGPD – Protection des données personnelles

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD – UE 2016/679) et à la loi Informatique et Libertés, les informations recueillies dans le présent document sont nécessaires à l'élaboration et au suivi de l'accompagnement. Elles sont exclusivement destinées au service d'aide et de soins à domicile, dans le cadre de sa mission d'intérêt général. Elles ne seront conservées que pour la durée strictement nécessaire à la finalité poursuivie.

La personne accompagnée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de limitation du traitement des données. Pour exercer ces droits, la personne peut contacter le responsable de chacun des deux structures.

Si la personne accompagnée estime, après avoir contacté le service, que les droits relatifs à la protection des données personnelles ne sont pas respectés, elle peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL, Service des plaintes, 3 Place de Fontenoy, TSA80715, 75334 PARIS CEDEX 07), autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de données à caractère personnel.



13. Autorisations, attestations et consentement

La personne accompagnée ou son représentant légal :

- Autorise le SASD à recevoir toutes informations nécessaires à son accompagnement :

<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
---------------------------	---------------------------
- Autorise le SASD à consulter Mon Espace Santé :

<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
---------------------------	---------------------------
- Atteste avoir reçu le livret d'accueil et ses annexes et s'engage à en prendre connaissance.

<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
---------------------------	---------------------------
- Atteste avoir reçu le règlement de fonctionnement et s'engage à en prendre connaissance.

<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
---------------------------	---------------------------
- Atteste avoir été informée des droits relatifs à la protection des données personnelles.

<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
---------------------------	---------------------------
- Atteste avoir reçu une information claire et adaptée concernant la nature, les objectifs et les modalités de l'accompagnement proposé ; confirme avoir pu poser toutes les questions nécessaires et donner un consentement libre et éclairé à sa mise en œuvre, dans le respect de mes choix et de mes droits fondamentaux ; reconnaît également avoir été informé(e) de la possibilité de modifier ou de retirer ce consentement à tout moment.

<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
---------------------------	---------------------------

	<input type="checkbox"/> Structure Aide	<input type="checkbox"/> Structure Soins	La personne accompagnée	Le représentant légal
Nom/ Fonction				
Date				
Signature				

Cas particulier :

- La personne, non représentée, consent mais n'a pas la capacité de signer
 - La personne, non représentée, n'a pas la capacité de donner son consentement
- Ce constat doit être établi par deux professionnels en apposant leur signature ci-dessous

Nom/ Fonction		
Signature		