SAD Vanne-et-Othe

2 place de la Liberté
89190 Villeneuve
l'Archevêque
Tel : 03 86 86 77 10

Courriel :
ewas@fede89.admr.org

Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles.

73 Rue du Gal De Gaulle
89320 Cerisiers
Tel : 03 86 96 40 08

Courriel :
contact@una-cerisiers.fr

DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE (DIPEC)

Version Facile à Lire et à Comprendre (FALC)

Qu'est-ce que ce document ?

Ce document s'appelle le **DIPEC**. C'est un contrat entre **vous** (la personne accompagnée) et le **SAD Vanne et Othe** (le service qui vous aide).

Le SAD réunit deux structures pour mieux vous entourer : l'ADMR (pour les soins) et l'UNA (pour l'aide à domicile).

Le document individuel de prise en charge est conclu entre :

- **D'une part, ci-après nommée Service Autonomie A Domicile (SAD) Vanne et Othe**

❑ **Volet AIDE**

UNA Cerisiers- Villeneuve l'Archevêque – 73 Rue du Général de Gaulle 89320 Cerisiers
Tél. : 03.86.96.40.08
N° SIREN : 300 846 060 000 30
N° FINESS : 89 097 068 4
Représenté par : M. Jean-Luc BARDE en sa qualité de Président
Déclarée en préfecture le 10 Mai 1973
Autorisée et habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par le Conseil départemental de l'Yonne aux termes de l'arrêté n°SAAD/2022/01 du 26/01/2022.

❑ **Volet SOINS**

ADMR Villeneuve l'Archevêque – 2 Place de la Liberté 89190 Villeneuve l'Archevêque
Tél. : 03 86 86 77 10
N° FINESS : 890 974 058
N° SIRET : 510 999 030
Déclarée en préfecture le 19 mars 2004
Représentée par la Présidente de la Fédération Départementale des Associations ADMR de l'Yonne
Madame Dominique QUEDRAY
Et représentée par la Présidente de L'association ADMR de Cerisiers - Villeneuve l'Archevêque
Madame Annie BAKOUR

SPECIMEN

- **D'autre part, ci-après nommé « la personne accompagnée »**

❑ Madame **❑ Monsieur** **❑ ou la Représentant Légal**

Nom :
Nom de Naissance :
Prénom :
Né(e) le _____ à _____
Sexe : Femme ❑ Homme ❑
Adresse :
Téléphone :
Courriel :

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Lien parenté éventuel :

La personne accompagnée et le SAD volet AIDE et volet SOINS sont convenus de ce qui suit :

. 1. Vos contacts importants

Pour le volet AIDE (UNA)

Téléphone : 03 86 96 40 08
Courriel : contact@una-cerisiers.fr
Adresse : 73 Rue du Général de Gaulle, 89320 Cerisiers

Pour le volet SOINS (ADMR)

Téléphone : 03 86 86 77 10
Courriel : ewas@fede89.admr.org
Adresse : 2 Place de la Liberté, 89190 Villeneuve l'Archevêque

2. Le volet SOINS (Pour votre santé)

Les missions du service

Le service de soins intervient chez vous sur **prescription médicale** (ordonnance du médecin) pour :

- Faire vos soins d'hygiène (la toilette, vous habiller).
- Vous aider dans les actes importants de la vie de tous les jours.
- Éviter ou retarder une hospitalisation, ou vous aider à revenir chez vous après l'hôpital.
- Soutenir les personnes qui s'occupent de vous (vos proches aidants).

Qui intervient chez vous ?

- **Les aides-soignantes** du service font votre toilette et vous accompagnent.

- **Les infirmiers libéraux** (que vous choisissez) font les soins techniques comme les piqûres ou les pansements. Ils travaillent ensemble sous la responsabilité d'une infirmière coordinatrice.

Les horaires de passage

Les aides-soignantes peuvent passer 1 ou 2 fois par jour selon votre état :

- **Le matin :** entre 7h30 et 12h00.
- **L'après-midi :** entre 13h30 et 15h00.
- **Le soir :** entre 16h00 et 19h00.

Attention : Il n'y a pas d'heure fixe pour le passage. Les passages le week-end sont réservés aux personnes qui ont besoin de soins au moins 5 fois par semaine du lundi au vendredi.

Argent et Forfait Soins :

Les soins sont gratuits pour vous. Ils sont payés à 100% par l'Assurance Maladie. Vous n'avez pas d'argent à avancer. Les produits comme le savon, le linge propre ou les protections restent à votre charge.

3. Le volet AIDE (Pour votre vie quotidienne)

Les missions du service

Les aides à domicile viennent chez vous pour :

- Vous apporter une aide matérielle : ménage, préparation des repas, courses, démarches simples.
- Vous tenir compagnie, vous écouter et vous encourager à rester actif.

Les horaires et le prix

- Les interventions se font de **7h30 à 20h00**, tous les jours (dimanches et jours fériés compris si besoin).
- Vous recevrez une **facture tous les mois**. Vous payez uniquement le temps passé par l'intervenant chez vous (le temps de trajet n'est pas facturé).
- Vous pouvez payer par prélèvement, chèque ou chèque CESU.

4. Les règles de fin de contrat (Résiliation)

Si vous voulez arrêter le service

SPECIMEN

Vous ou votre représentant légal pouvez arrêter le contrat à tout moment. Il faut envoyer une **lettre recommandée** avec accusé de réception. Vous devez respecter un **préavis de 1 mois**.

Si le service doit s'arrêter pour d'autres raisons

- **Santé :** Si votre état de santé change et demande des soins trop lourds, le contrat peut s'arrêter avec un préavis de 15 jours pour vous laisser le temps de trouver une autre solution.
- **Hospitalisation :** Si vous allez à l'hôpital moins de 15 jours, votre place est gardée. Si cela dure plus de 15 jours, le service s'arrête. Il faudra faire une nouvelle demande à votre retour.
- **Sécurité :** Si la sécurité ou le respect des professionnels qui viennent chez vous n'est pas assuré, le service peut s'arrêter tout de suite.
- **Caméras de surveillance :** Si vous avez des caméras chez vous, vous devez obligatoirement le déclarer au service. Les caméras ne doivent pas filmer les interventions en permanence. Toute diffusion d'image des professionnels sans leur accord entraîne l'arrêt immédiat du contrat.

À savoir :

Le volet Aide et le volet Soins sont indépendants. Si le volet Soins s'arrête, l'Aide à domicile peut continuer normalement, et inversement.

*Signature des parties pour l'ensemble du DIPEC**

Fait à
Le

Personne Accompagnée (ou son représentant légal)
M .....
**précédée de la mention « Lu et approuvée »*

SAD Vanne et Othe « volet Soin »
M .....
Fonction .....

SAD Vanne et Othe « volet Aide »
M .....
Fonction .....

SPECIMEN

En deux exemplaires originaux dont un est remis à la personne accompagnée ou à son représentant légal le cas échéant.
Si vous êtes sous protection juridique, merci de fournir une copie du jugement de la mesure



VOLET AIDE, ANNEXE 1 : DEVIS

DEVIS GRATUIT N°

Mode d'intervention Prestataire

Devis réalisé par	En date du :	Validité
Nom :		1. Mois
Fonction :		

Demandeur
Nom et Prénom : **Adresse :** **Téléphone :**

Lieu d'exécution de la prestation : (Si différente de l'adresse ci-dessus)	

Vous avez formulé auprès de notre structure, une demande d'intervention à votre domicile pour la délivrance de prestations d'aide destinées à vous accompagner dans votre projet de vie.

L'association **UNA de Cerisiers – Villeneuve l'Archevêque** demeurant 73 ru du Général de Gaulle à Cerisiers - 89320

N° SIREN : 300 846 060 000 30
N°FINESS : 89 097 068 4

SPECIMEN

Représentée par Laétitia PRINCE en sa qualité de Responsable de secteur ;

Autorisée à exercer par le Conseil départemental de l'Yonne aux termes de l'arrêté n°SAAD/2022/01 du 26/01/2022.

Déclarée en préfecture le 10 mai 1973.
Ayant procédé à la déclaration NOVA pour ses activités de services à la personne
A procédé à une évaluation individuelle à votre domicile le ……..
A la suite de cette évaluation et après concertation avec vous, ont été fixées les prestations suivantes.
Vous trouverez ci-après un devis **reprenant la nature, le nombre de ces prestations avec le détail de leurs prix,** ainsi **qu'un calendrier prévisionnel des interventions par notre association**.

VISAS

Vu l'article 1 de l'arrêté du 3 décembre 1987 relatif à l'information du consommateur sur les prix ;
Vu les articles 2, 3, 4, 5, 6 et 7 de l'arrêté du 17 mars 2015 relatif à l'information préalable du consommateur ;
Vu l'article D311 X du code de l'action sociale et des familles ;

1. Nature de la prestation ou des prestations (sous réserve de modification de la situation du demandeur)

☐ Accompagnement et aide dans les activités domestiques

- ❒ Activités domestiques (entretien du logement et du linge)
- ❒ Courses
- ❒ Préparation des repas
- ❒ Assistance administrative à domicile
- ❒ Autres (à préciser) :

……
……
……..

☐ Accompagnement et aide dans les activités de la vie sociale et relationnelle à domicile ou à partir du domicile

- ❒ Activités de loisirs et de la vie sociale
- ❒ Soutien de relations sociales
- ❒ Cours à domicile
- ❒ Soins d'esthétique à domicile pour personne dépendante
- ❒ Autres (à préciser) :

……
……
……

☐ Accompagnement et aide dans les activités et actes essentiels de la vie (hors actes de soins)

- ❒ Aide à la toilette, à l'habillage et au déshabillage
- ❒ Aide à l'alimentation
- ❒ Aide aux fonctions d'élimination
- ❒ Garde malade à l'exclusion des soins
- ❒ Soutien des activités intellectuelles, sensorielles et motrices,
- ❒ Aide à la mobilité
- ❒ Services de nuit (nombre de levers : …)
- ❒ Autres (à préciser)

……
……
……

SPECIMEN

2. Calendrier prévisionnel d'intervention

Date de début d'intervention souhaitée	Durée prévisionnelle de l'intervention (si connue)	Nombre d'heures prévues	
		Par semaine	Soit par mois*

**sur une base de 4.33 semaines ou dans la limite de la prise en charge du tiers financeur*

SPECIMEN

- **Répartition souhaitée des interventions** (sous condition d'une disponibilité du personnel) **:**

Jours		Tranches horaires
	Lundi	
	Mardi	
	Mercredi	
	Jeudi	
	Vendredi	
	Samedi	
	Dimanche	

En cas d'imprévu et sauf cas d'urgence, ce dernier est tenu d'informer de son absence la structure dans un délai de 72h minimum (en dehors des week-end et jours fériés).

A défaut, les heures d'intervention prévues seront facturées à taux plein.

En cas d'absence du professionnel devant intervenir à domicile, la structure prévoit au remplacement selon ses possibilités.

Coûts estimés hors frais annexes

(Sous réserve de la confirmation des tarifs en vigueur et de l'accord du ou des organisme(s) financeur(s) ou d'éventuelles évolutions de leur prise en charge)

Cout de la prestation :

Désignation	Quantité	Unité	Coût horaire	Total
Heures de nuit				0,00 €
Heures dimanche et jours fériés				0,00 €
				0,00 €
				0,00 €
				0,00 €
Total HT				0,00 €
T.V.A (*indiquer TVA non applicable si l'activité n'est pas fiscalisée*)				0,00 €
				0,00 €

- **Modalités relatives à la facturation des frais annexes**

Pour les prestations délivrées dans le périmètre de ses activités autorisées (prestations au titre de prises en charge légales : APA, PCH, aide-ménagère départementale ou prestations au titre de prises en charge extra-légales types CARSAT, complément

SPECIMEN

de plan d'aide, mutuelle), la structure applique l'article D311-0-4-1 du code de l'action sociale et des familles issu du décret n°2022-734 du 28 avril 2022, selon lequel : «*le prix ou le tarif horaire mentionné dans le document individuel de prise en charge et facturé par les services proposant de l'aide et de l'accompagnement à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L*312-1 *intègre l'ensemble des frais inhérents à la prestation**, à l'exception des éventuels frais annexes correspondant à des exigences particulières ayant fait l'objet d'une demande écrite du bénéficiaire**, ou de frais kilométriques pour les prestations d'accompagnement ».*

- **Eventuels frais annexes conformément à la demande du client ayant fait l'objet d'un écrit :**

……€ pour…[*décrire le type de frais*]

- **Frais kilométriques**

En cas d'utilisation par l'intervenant de son véhicule personnel durant la prestation (courses, accompagnements à l'extérieur…), les frais kilométriques seront à la charge du bénéficiaire à hauteur de l'indemnité kilométrique prévue, soit : 0,50 **€** / kilomètre.

Ce tarif pourra faire l'objet de modification décidée par le Conseil d'Administration.

Le bénéficiaire en sera informé au minimum un mois avant son application.

A titre informatif : estimation de la participation du client en cas de prise en charge par l'organisme tiers financeur

(Sous réserve de la confirmation des tarifs en vigueur et de l'accord du ou des organisme(s) financeur(s) ou d'éventuelles évolutions de leurs prises en charge)

Votre participation financière est calculée en fonction de modalités propres à chaque type de financeurs et sous réserve de présentation de vos justifications de ressources.

- Caisse / CD - taux plein

……
……

Participation horaire restant à votre charge …… €

Les heures réalisées au-delà de la prise en charge seront facturées à taux plein.

Crédit d'impôt / Réduction d'impôt sur le revenu

Sous réserve des conditions légales en vigueur, le coût des prestations effectivement à votre charge sont susceptibles d'ouvrir droit à un crédit ou une réduction d'impôt sur le revenu équivalent **à 50% des dépenses exposées**.

SPECIMEN

DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE (DIPEC)

Articles L311-4 et D.311 du code de l'action social et des familles, articles L.7231-1, L.7232-1, L.7232-4 du code du travail, articles L.121 à R.121 du code de la consommation, norme française NF X50-056 « services aux personnes à domicile », décret N°2004-613 du 25 juin 2004.

ENTRE

M. Tél. :

Domicilié

Le cas échéant représenté par : (nom, prénom, lien de parenté)

ET

Le service de soins infirmiers à domicile(SSIAD) des Cantons de Cerisiers-Villeneuve l'Archevêque représenté par **Madame FARIA Danièle, infirmière coordinatrice**, lors de la proposition du présent document.

Date du début des prestations de soins : ……..

ARTICLE 1 : OBJET

Le présent contrat a pour objectif de définir les conditions générales d'intervention à votre domicile, permettant de personnaliser la prestation de service. Le présent contrat est établi par consentement mutuel, le SSIAD s'est assuré de votre consentement éclairé.

ARTICLE 2 : OBJECTIFS DE LA PRESTATION DE SOINS

L'objectif général de l'intervention du service est d'assurer, dans son secteur géographique d'autorisation et sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers.

Le SSIAD a pour missions :

- D'effectuer des soins adaptés et individualisés (le plan de soin est revu régulièrement en fonction de l'état de santé du patient)
- De préserver et entretenir l'autonomie de la personne
- De respecter les habitudes de vie selon les possibilités du service
- De respecter l'intimité, la dignité et le confort de la personne
- D'informer et expliquer les actes effectués en étant à l'écoute du patient

Les objectifs personnalisés de l'intervention sont :

-
-
-

SPECIMEN

Ces objectifs seront actualisés si nécessaire, conformément à la prescription médicale et au plan de soins et au minimum une fois par an.

ARTICLE 3 : REALISATION DES PRESTATIONS DE SOINS

Le service intervient à la demande du patient ou de l'entourage :

- Pour réaliser des prestations de soins à domicile
- Sur prescription médicale
- En fonction des capacités d'accueil et possibilités du service.

L'infirmière coordinatrice travaille en collaboration avec les différents intervenants médico-sociaux. Le bénéficiaire des soins garde le libre choix de son infirmier libéral, sous réserve qu'il ait signé un contrat de droit privé avec le SSIAD. Tout changement d'infirmier libéral devra immédiatement être signalé à l'infirmière coordinatrice.

La participation du patient sera sollicitée par le personnel de soins dans un souci de maintien de l'autonomie.

Le service étant organisé par roulement, le patient ne pourra pas choisir le personnel soignant, ni les horaires.

Tout jour férié est considéré comme un dimanche.

Lors de conditions météorologiques difficiles, le personnel ne doit pas prendre de risque qui porterait atteinte à leur sécurité. L'infirmière coordinatrice peut réaffecter les tournées, changer les horaires et même les supprimer, dans ce cas le patient et sa famille sont prévenus au plus vite afin de s'organiser.

<u>Lieu de l'intervention</u> :

- Adresse indiquée page 1 du présent document
- Adresse différente (préciser)

Pour effectuer ces prestations, et en fonction de l'évaluation faite par l'infirmière coordinatrice, le service de soins infirmiers interviendra comme suit (quantité, nombre de passages, fréquence) :

……

……

Un dossier de soins est déposé au domicile permettant le suivi des interventions des professionnels au jour le jour. Il est consultable par tout autre personnel soignant (infirmier libéral, kinésithérapeute, médecin,…)

La prestation fournie est prise en charge à 100% par les organismes de sécurité sociale, avec dispense d'avance de frais, après accord du médecin conseil de la caisse d'assurance maladie du patient. La dotation globale annuelle que reçoit le SSIAD permet la prise en charge, pour chaque patient, des dépenses du service qui recouvre notamment :

- Les interventions du personnel soignant et ses déplacements
- Les actes des infirmiers libéraux et leurs déplacements
- Les frais d'encadrement et de fonctionnement du service

ARTICLE 4 : OBLIGATIONS DU SSIAD

L'association, gestionnaire du service de soins infirmiers, s'engage à travers son service à :

- N'intervenir au domicile du patient qu'avec son consentement ou celui du représentant légal.
- Respecter et faire respecter par ses intervenants une obligation de secret professionnel.

SPECIMEN

- Assurer la continuité des interventions et veiller au remplacement en cas d'absence du personnel soignant.
- Réaliser les soins relatifs aux objectifs fixés (voir ARTICLE 2)
- Réaliser les prestations dans le respect du patient, de ses droits fondamentaux en tant que personne, de ses biens, de son espace de vie privée, de son intimité, de sa culture et de son choix de vie
- Faire observer par les intervenants la plus stricte neutralité politique, religieuse et philosophique
- Apporter des réponses évolutives aux besoins des personnes aidées en fonction de leur santé afin de préserver au maximum leur autonomie.

ARTICLE 5 : OBLIGATIONS DU PATIENT

Le patient s'engage à :

- Communiquer au service les photocopies d'ordonnance et d'attestation d'ouverture des droits de son assurance maladie
- Permettre la réalisation des soins programmés selon les jours et les plages horaires convenus avec le service dans le respect des différents intervenants
- Prévenir suffisamment à l'avance le service en cas d'impossibilité de réaliser la prestation de soins (hospitalisation par exemple). Si absence non justifiée, un avis de passage est déposé. Au bout de 3 avis de passage successif, la prise en charge sera suspendue. Le service peut être amené à appeler les pompiers.
- Aménager son lieu de vie pour sa sécurité et celle des soignants afin de permettre une optimisation des soins
- Mettre à disposition, au domicile, le matériel et les produits nécessaires à l'accomplissement de soins d'hygiène et de confort (ex : barres de maintien, tapis antidérapant, bancs de baignoire, lit médicalisé électrique et matelas adapté, déambulateur, lève-malade, verticalisateur, fauteuil roulant, chaise garde-robe, table adaptable)
- Fournir au personnel soignant du papier essuie-tout et du savon liquide
- Ne pas fumer en présence du personnel
- Attacher ses animaux domestiques si nécessaire pendant l'exécution des soins
- Ne pas demander aux intervenants la réalisation de tâches ou travaux qui ne relèvent pas de leur compétence (transport, courses, ménage…)
- Respecter le personnel soignant, sa culture, sa religion, son choix de vie.

ARTICLE 6 : CONFIDENTIALITE ET ACCES A L'INFORMATION

Les données concernant le patient font l'objet d'un traitement informatique automatisé dans les conditions régies par la loi. Les données médicales sont transmises au médecin traitant si besoin et sont protégées par le secret médical. Les données autres sont protégées par le secret professionnel auquel l'ensemble des acteurs intervenant auprès du patient est tenu.

ARTICLE 7 : CONTINUITE ET RUPTURE DE LA PRESTATION DE SOINS

Dans le cadre d'un changement de domicile de la personne sur le territoire du SSIAD, la prestation continuera d'être assurée dans la mesure du possible.

SPECIMEN

Dans le cadre d'un changement de domicile hors du territoire d'intervention du SSIAD, la prestation ne pourra plus être assurée. Dans ce cas, le service informe la personne de l'existence d'éventuels services de soins ou dispositifs adaptés.

En cas d'absence du patient supérieure à 21 jours (hospitalisation, rééducation, départ temporaire), la reprise des interventions ne sera pas systématique. Elle sera fonction de la charge en soins et des possibilités du service. Une prescription médicale sera à nouveau nécessaire.

L'intervention du service peut s'arrêter à tout moment :

- A l'initiative du patient. Dans ce cas, l'infirmière coordinatrice doit être avisée du motif de cette demande au moins huit jours avant la date souhaitée d'interruption de la prise en charge
- A l'initiative de l'infirmière coordinatrice, responsable du service, lorsque les conditions minimales d'organisation, d'hygiène et de sécurité ne sont pas remplies et que les prestations établies dans le cadre du document individuel de prise en charge ne peuvent être réalisées.
- A l'initiative de l'infirmière coordinatrice, responsable du service, lorsque le patient retrouve son autonomie et que la prise en charge peut être effectuée par un service d'auxiliaire de vie ou autre. Un délai de huit jours sert de relai à ces deux services pour leur organisation.
- En cas de non-respect des obligations du patient (cf. article 5)

ARTICLE 8 : DUREE ET RESILIATION DU DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge, faite sur prescription médicale, est de 30 jours, renouvelable par des prolongations de 90 jours si l'état de la personne le nécessite.

Au terme des soins prévus, si le médecin traitant ou le prescripteur décide de renouveler les soins, et si les objectifs restent identiques, le présent document individuel de prise en charge peut être renouvelé par tacite reconduction.

Toute modification ou adaptation des objectifs devra faire l'objet d'un avenant au document individuel de prise en charge.

Dans le cas d'un arrêt définitif de prise en charge par le service de soin, le document individuel de prise en charge est résilié.

Une nouvelle prise en charge devra faire l'objet d'un nouveau DIPC.

Le personnel de soins ne pourra pas remplacer la famille qui doit continuer à participer au maintien à domicile et à remplir ses obligations d'assistance permanente aux personnes dépendantes. En l'absence de famille, il devra être fait appel à un autre type de soutien (structure d'aide à domicile)

La signature du présent contrat implique l'acceptation des conditions de fonctionnement du service se trouvant dans le livret d'accueil du SSIAD remis lors de la visite d'évaluation des besoins.

Fait en deux exemplaires dont un est remis au patient

Le……..à……..

Signature du patient ou de son Représentant légal précédée de « Bon pour acceptation »

Signature du représentant du SSIAD ADMR

SPECIMEN