



# LES JARDINS DE SAINT HILAIRE



Maison de retraite médicalisée  
EHPAD ASSOCIATION LOI 1901





# LES JARDINS DE SAINT HILAIRE

**L'**ASSOCIATION INITIATRICE du projet de la Maison de Retraite Médicalisée « les Jardins de Saint Hilaire » a vu le jour grâce au dévouement d'une équipe de bénévoles, animés et fédérés par le Docteur Pierre DOMERGUE qui a pris une part active à la réalisation de l'établissement.

Les Jardins de Saint Hilaire sont gérés par une association à but non lucratif régie par la loi 1901. Les Jardins de Saint Hilaire ont été créés suite à l'avis favorable du CROSS lors de sa séance du 11 décembre 2000, et après la fermeture de « la Châtaigneraie », établissement d'une capacité de 30 lits situé à Molières sur Cèze.

Après 4 années de réflexion, de préparation et de travaux, Les Jardins de Saint Hilaire ont ouvert en trois phases qui ont abouti à proposer une capacité d'accueil de 71 places en Hébergement Définitif, 4 places en Hébergement Temporaire, 6 places d'Accueil de Jour, un PASA, un jardin thérapeutique.



Pierre DOMERGUE



Marcel SAPET



Jean MERIEU

## NOS VALEURS

L'association « Les Jardins de Saint Hilaire » se propose, conformément à la philosophie du texte de la charte des personnes âgées en institution de répondre aux objectifs suivants :

**Accueillir des personnes âgées dépendantes sur le plan physique, sur le plan psychique** et d'organiser son service de telle sorte que le maintien dans l'association soit possible quel que soit le stade de la maladie jusqu'à l'accompagnement de la fin de vie.

**Proposer un service de qualité et un confort de vie** le plus proche possible de celui du domicile ; privilégier le lien social.

**Assurer aux résidents un maximum de liberté** (liberté de culte, accès à la citoyenneté notamment).

**Assurer le respect de la dignité de la personne** (favoriser la bienveillance).

**Proposer une prise en charge de même qualité à tous** quel que soit le statut social, et les idées de chacun.

**Assurer la sécurité des personnes accueillies.** Lutter contre la dégradation physique et psychique.

## PRISE EN CHARGE



L'association propose des solutions de prises en charge tout au long du parcours difficile de la perte d'autonomie :

**Le maintien de l'autonomie** dans un environnement spécialisé par le biais de l'accueil de jour, qui permet, en outre, « d'appriivoiser » l'idée de l'institutionnalisation qui se fait trop souvent en situation de crise.

**L'hébergement temporaire** qui permet également d'accompagner la personne âgée dans la dépendance mais procure aux personnes âgées un moyen de rompre avec la solitude et l'isolement.

**L'hébergement définitif** qui sera, alors, à la fois l'aboutissement du parcours au sein de l'établissement et un départ vers un nouveau projet de vie adapté aux besoins du résident et à ses possibilités.

**L'accompagnement de fin de vie** qui fait partie intégrante de l'accompagnement de personnes âgées mais qui se doit de répondre à des conditions de prise en charge médicale et paramédicale optimales (traitement de la douleur en particulier).

La prise en charge est soutenue par une équipe de professionnels qualifiés : direction / administration, médecin coordonnateur, infirmières, ergothérapeute, psychologue, orthophoniste libérale, kinésithérapeute, assistantes de soins en gérontologie, aides soignantes, agents de service logistique, cuisinier...

L'établissement collabore également avec différents partenaires :

- L'équipe mobile de soins palliatifs
- France Alzheimer Gard
- SSR

## SERVICES



Les Jardins de Saint Hilaire assurent de multiples prestations :

**Les repas** : les petits déjeuners sont servis à partir de 8h00, en chambre ou en salle à manger. Les déjeuners (11h30 ou 12h), goûters (15h30) et dîners (18h30), sont pris dans les salles à manger de chaque service. Le plus grand soin est apporté à l'équilibre

alimentaire et à la qualité des prestations. Si votre santé le nécessite, les repas peuvent être pris en chambre. Il est possible que des parents ou amis viennent déjeuner en réservant leur repas la veille.

**Le linge** : le linge des résidents est entretenu par notre équipe de lingère. Il faut cependant penser à ce que le linge soit marqué au nom

du résident. L'association propose un service payant afin de marquer le linge.

**La coiffure et l'esthétique** : La Maison dispose d'un salon de coiffure où interviennent deux coiffeurs professionnels toutes les semaines, à la demande et à la charge des résidents. Une esthéticienne est disponible toutes les semaines. Ses prestations sont offertes par l'Association des bénévoles des amis du Docteur Pierre DOMERGUE.

Toutes les chambres sont équipées de télévision.

**Le courrier** : quotidiennement, les plis, cartes postales et les colis sont distribués aux résidents.

**Les visites** : les visites sont autorisées dans les lieux communs comme dans les chambres à condition que les horaires ne gênent ni le service ni les autres résidents.

**Les cultes** : la liberté des cultes est totalement respectée. Ceux qui le désirent peuvent assister à la messe, ou au culte célébré tous les premiers jeudi de chaque mois.

## LES CHAMBRES



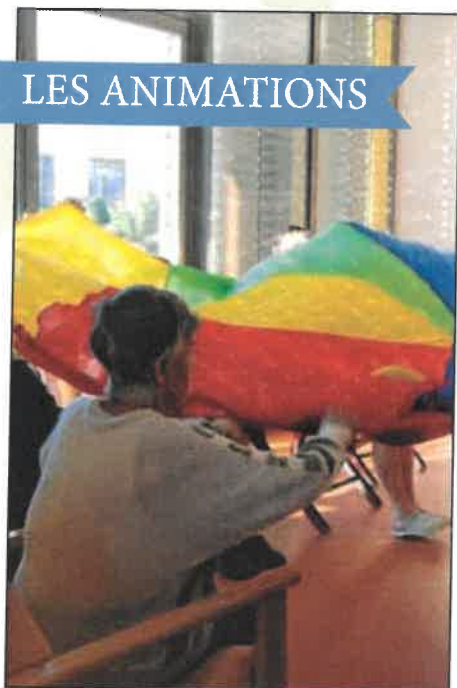
L'EHPAD « Les Jardins de Saint Hilaire » propose 75 chambres individuelles de 20m<sup>2</sup> environ dont 8 communiquent entre elles et peuvent permettre l'accueil de couples.

Toutes les chambres sont accessibles aux fauteuils roulants, possèdent un système d'appel malade dans la chambre et la salle de bain, douche de plain pied avec revêtement

antidérapant,... En outre, 34 chambres sont équipées de dispositifs permettant des transferts sécurisés et de lutter contre les risques professionnels liés à la manutention. Cet équipement est réservé aux résidents les plus dépendants.

Les personnes accueillies peuvent personnaliser leur intérieur dans le respect du règlement intérieur.

## LES ANIMATIONS



L'animation est l'un des points forts des Jardins de Saint Hilaire, en particulier parce qu'elle sait s'adapter aux attentes des résidents.

**Quotidiennes** : les animations « thérapeutiques » et ciblées : le PASA

**Les animations organisées dans les services** : gym douce, atelier manuel...

**Les animations hebdomadaires collectives** : chorale, loto,...

**Mensuelles** : animations aux thèmes des mois (fête des mères,...), instauration de repas dits de socialisation.

**Annuelles** : animations occasionnelles (anniversaire des Jardins, Fête Espagnole, Noël).

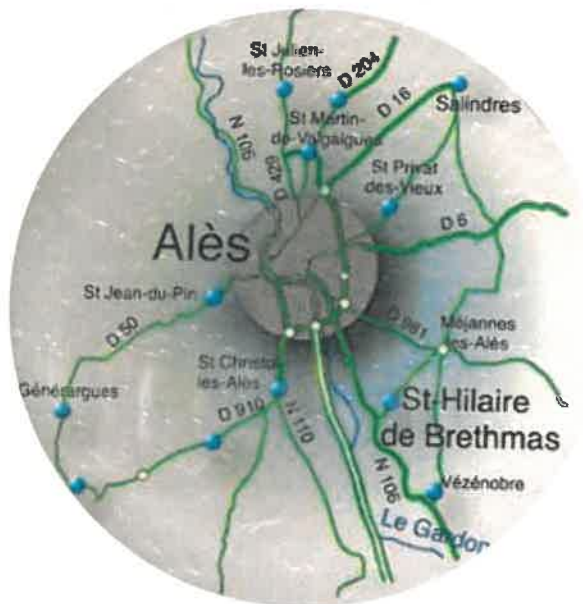
## À retenir

Les Jardins de Saint Hilaire ont été créés grâce au soutien financier sous forme de subventions et / ou de prêts des organismes suivants : Apicil /// Crédit Mutuel Méditerranéen /// Groupe Mornay /// AVA /// Irpvrp /// Mutuelle du Sud /// CRAM /// Isica /// Organic /// Conseil Général du Gard /// Médéric Mutualité /// Régime Minier /// Crédit Foncier de France /// Médéric Prévoyance /// UMC...

# LES JARDINS DE SAINT HILAIRE

## Situation géographique

Située sur l'axe Nîmes-Alès, en secteur rural dans la commune de Saint-Hilaire de Brethmas, la maison de retraite Les Jardins de Saint Hilaire est à 5 kms d'Alès, deuxième ville du Gard, qui dispose d'un plateau technique assurant une sécurité optimale à proximité (centres de secours, Centre Hospitalier, cliniques, médecins spécialistes...).



Maison de retraite  
LES JARDINS  
DE SAINT HILAIRE  
131 chemin de Camp Ardon  
30560 Saint Hilaire de Brethmas

Tèl : 04.66.60.68.60 / Fax : 04.66.60.04.70  
E-mail : [accueil@jsh.fr](mailto:accueil@jsh.fr)  
[www.jardins-st-hilaire.fr](http://www.jardins-st-hilaire.fr)



Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 18h



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale



N° 14732\*01

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION  
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**  
ARTICLE D.312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

**RESERVE A L'ETABLISSEMENT**

## INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

**La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.**

**CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.**

**CE DOSSIER COMPREND :**

- **UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)**
- **UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERCANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.**

**CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.**

**CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :**

- **LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,**
- **LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.**

**AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.**

**NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.**

**DOSSIER ADMINISTRATIF  
ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : Monsieur  Madame

NOM de naissance  
*(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)*

Prénom(s)

Date de naissance / /

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

**SITUATION FAMILIALE**

Célibataire  Vit maritalement  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**

Si oui, laquelle : Tutelle  Curatelle  OUI  Sauvegarde de justice  NON  En cours  Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint...) :

**ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL**

Civilité : Monsieur  Madame

NOM de naissance  
*(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)*

Prénom(s)

Date de naissance / /

Lieu de naissance

Pays ou département

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

### PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI  NON

Si OUI :

NOM de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N°Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

### DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent  Hébergement temporaire   
Accueil couple souhaité OUI  NON   
Durée du séjour pour l'hébergement temporaire

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile  Chez enfant/proche  Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD/SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour   
Autre (précisez)

Dans tous les cas préciser le nom  
de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI  NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI  NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être  
recueilli

### COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI  NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter<sup>(1)</sup>

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N°Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

<sup>1</sup> SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile



## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter<sup>2</sup>

Nom de naissance  
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N°Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

### ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule  Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie\* OUI  NON  Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI  NON

### COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : Immédiat  Dans les 6 mois  Echéance plus lointaine

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : / /

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.  
\*Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité :      Monsieur     Madame

**NOM de naissance**  
*(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)*

**Prénom(s)**

Date de naissance      /    /

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Changement d'établissement     Fin/Retour d'hospitalisation     Maintien à domicile difficile   
Autres (préciser)

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :**

**ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux**

**PATHOLOGIES ACTUELLES**

**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)**

SOINS PALLIATIFS OUI  NON     ALLERGIES OUI  NON     Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

|                   |     |     |
|-------------------|-----|-----|
| NE<br>SAIT<br>PAS | OUI | NON |
|-------------------|-----|-----|

|     |     |
|-----|-----|
| OUI | NON |
|-----|-----|

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

|         |  |  |
|---------|--|--|
| Alcool  |  |  |
| Tabac   |  |  |
| Sevrage |  |  |

Taille      cm

Poids      Kg

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI    NON  
Cécité       
Surdité    

RISQUE DE FAUSSE ROUTE  
OUI  NON

REEDUCATION    OUI  NON   
Kinésithérapie          
Orthophonie  
Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

| DONNEES SUR L'AUTONOMIE    |               | A | B | C |
|----------------------------|---------------|---|---|---|
| Transfert                  |               |   |   |   |
| Déplacements               | A l'intérieur |   |   |   |
|                            | A l'extérieur |   |   |   |
| Toilette                   | Haut          |   |   |   |
|                            | Bas           |   |   |   |
| Élimination                | Urinaire      |   |   |   |
|                            | Fécale        |   |   |   |
| Habillage                  | Haut          |   |   |   |
|                            | Moyen         |   |   |   |
|                            | Bas           |   |   |   |
| Alimentation               | Se servir     |   |   |   |
|                            | Manger        |   |   |   |
| Orientation                | Temps         |   |   |   |
|                            | Espace        |   |   |   |
| Communication pour alerter |               |   |   |   |
| Cohérence                  |               |   |   |   |

| SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX  | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Idées délirantes  |     |     |
| Hallucinations  |     |     |
| Agitation, agressivité (cris...)  |     |     |
| Dépression  |     |     |
| Anxiété   |     |     |
| Apathie   |     |     |
| Désinhibition   |     |     |
| Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes moessants, risque de sorties non accompagnées...) |     |     |
| Troubles du sommeil   |     |     |

| PANSEMENTS OU SOINS CUTANES | OUI | NON |
|-----------------------------|-----|-----|
| Soins d'ulcère              |     |     |
| Soins d'escarres            |     |     |
| Localisation                |     |     |
| Stade                       |     |     |
| Durée du soin               |     |     |
| Type de pansement           |     |     |

| SOINS TECHNIQUES                         | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Oxygénothérapie                          |     |     |
| Sondes d'alimentation                    |     |     |
| Sondes trachéotomie                      |     |     |
| Sonde urinaire                           |     |     |
| Gastrostomie                             |     |     |
| Colostomie                               |     |     |
| Uréterostomie                            |     |     |
| Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...) |     |     |
| Chambre implantable                      |     |     |
| Dialyse péritonéale                      |     |     |

| APPAREILLAGES         | OUI | NON |
|-----------------------|-----|-----|
| Fasicleux roulant     |     |     |
| Lit médicalisé        |     |     |
| Matelas anti-escarres |     |     |
| Déambulateur          |     |     |
| Orthèse               |     |     |
| Prothèse              |     |     |
| Pace-maker            |     |     |
| Autres (préciser)     |     |     |

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)**

**MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)**

NOM Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

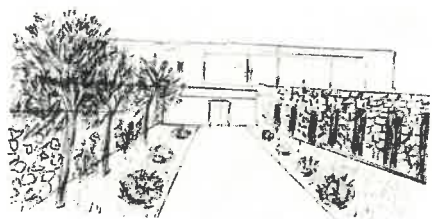
Code postal

Commune/Ville

Date / /

Signature

Cachet du médecin



Maison de Retraite  
« Les Jardins de Saint Hilaire »  
131 chemin de Camp Ardon  
30 560 Saint Hilaire de Brethmas

# TARIFS 2018

## ➤ En accueil de jour

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| Prix de journée en hébergement ..... | <b>34.53 €</b> |
| + Tarif dépendance                   |                |
| GIR 1 / 2 .....                      | <b>11.58 €</b> |
| GIR 3 / 4 .....                      | <b>7.35 €</b>  |
| GIR 5 / 6 .....                      | <b>3.12 €</b>  |

## ➤ En accueil temporaire

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| Prix de journée en hébergement ..... | <b>57.51 €</b> |
| + Tarif dépendance                   |                |
| GIR 1 / 2 .....                      | <b>19.42 €</b> |
| GIR 3 / 4 .....                      | <b>12.32 €</b> |
| GIR 5 / 6 .....                      | <b>5.33 €</b>  |
| Prix de réservation de chambre ..... | <b>38.45 €</b> |
| + Tarif dépendance (selon le GIR)    |                |

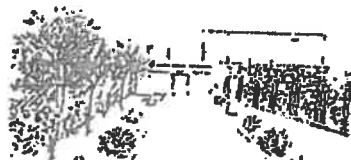
## ➤ En accueil définitif

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| Prix de journée en hébergement ..... | <b>57.51 €</b> |
| + Tarif dépendance                   |                |
| GIR 1 / 2 .....                      | <b>19.42 €</b> |
| GIR 3 / 4 .....                      | <b>12.32 €</b> |
| GIR 5 / 6 .....                      | <b>5.33 €</b>  |
| Prix de réservation de chambre ..... | <b>38.45 €</b> |
| + Tarif dépendance (GIR 5/6)         |                |

---

➤ Prix de journée pour un résidant de moins de 60 ans ..... **72.90 €**

LES PRIX SONT TTC  
Tel : 04 66 60 68 60    Fax : 04 66 60 04 70    Email : [accueil@jsh.fr](mailto:accueil@jsh.fr)  
Association loi 1901 - Siret : 434 870 481 00026 Code APE : 853D



*Les Jardins de Saint Hilaire*

**Compléments administratifs  
Hébergement Temporaire**

Nom du résidant : .....

Pièces administratives :

- Carte Nationale d'Identité
- Livret de famille
- Feuille d'imposition ou de non imposition de l'année en cours
- Relevé annuel de toutes les caisses de retraite
- Si curatelle où tutelle : notification du tribunal
- Attestation de sécurité sociale
- Carte mutuelle
- Attestation de responsabilité civile

Si la personne perçoit l'aide personnalisée à l'autonomie :

- Copie de la notification de l'autonomie (APA)

A prévoir pour le jour de l'entrée :

(les entrées se font du lundi au jeudi entre 14h30 et 15h30)

Pièces médicales :

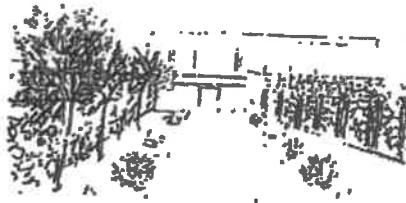
- Carte Vitale
- Prescription du traitement
- Dossiers Médicaux
- Carnet de santé

Caution :

- Chèque de caution de 1 700 € (non encaissé)

181 chemin de Camp Ardon - 30560 St Hilaire de Brethmas  
Tel : 04 66 60 68 60 Fax : 04 66 60 04 70 Email : direction@jsh.fr  
Association loi 1901 - Siret : 434 870 481 00026 Code APE : 853D

# Maison de retraite « Les Jardins de Saint Hilaire »



## TROUSSEAU DE LINGE et ACCESSOIRES

Trousse de toilette (à vérifier tous les mois) avec :

- brosse à dents, dentifrice
  - savon, shampoing
  - brosse, peigne
  - eau de toilette ...
  - rasoirs jetables, mousse à raser ou rasoir électrique
- 
- 8 gants de toilette
  - 8 serviettes de toilette + 2 draps de bain
  - 6 serviettes de table
  - 2 robes de chambre
  - 8 chemises de nuit ou pyjamas
  - 2 paires de pantoufles
  - 14 culottes / slip ou caleçon
  - 4 tricot de peau
  - 4 combinaisons pour les dames
  - bas, ou collants, ou chaussettes
  - 2 paires de chaussures (adaptées à la saison)
  - 2 gilets
  - mouchoirs

Prévoir un minimum de 2 à 3 changes par semaine :

- robes
- blouses
- ou jupes, chemisiers, pull, pantalons, etc...

Prévoir un sac de voyage ou une valise étiquetés ainsi qu'une trousse de toilette qui serviront au transport des affaires en cas d'hospitalisation

Tout le linge marqué au nom entier, tissé, cousu de manière visible et solide pour résister au lavage.

En cas d'impossibilité nous pouvons vous proposer un étiquetage du linge réalisé par nos soins pour un tarif forfaitaire de 30,00 €.

Il est souhaitable, par mesure d'hygiène, de prévoir les sous vêtements en coton.  
A noter que le linge fragile est traité selon le programme « délicat ». Toutefois il vous appartient de prendre en charge les lainages et le linge très délicat pour lesquels nous ne sommes pas en mesure d'apporter le soin nécessaire.

La famille est responsable du suivi du linge. Nous comptons sur votre compréhension pour le renouvellement du linge usé.

**Les Jardins de Saint Hilaire  
Chemin de Camp Ardon  
30 560 Saint Hilaire de Brethmas**

## **Vieux et Libres**

La Fondation Nationale de Gérontologie et le Ministère des Affaires Sociales viennent de rédiger une nouvelle charte qui affirme clairement :  
les plus âgés sont des personnes libres, quel que soit leur état de santé.

### **Charte des droits et libertés de la Personne âgée dépendante**

Fondation Nationale de Gérontologie, Ministère du Travail et des Affaires sociales, 1996.

- 1-Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.
- 2-Le lieu de vie de la personne dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.
- 3-Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.
- 4-Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.
- 5-Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.
- 6-Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.
- 7-Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.
- 8-La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.
- 9-Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.
- 10-Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.
- 11-Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.
- 12-La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.
- 13-L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Extraits de la charte  
Entourage n°16, Septembre/Octobre 1996