

Remarque : En l'absence de représentant thérapeutique clairement déterminé pour le résident, l'institution conseille au résident d'entreprendre toutes les démarches utiles pour nommer le plus rapidement possible un représentant thérapeutique².

En cas de pluralité de représentants thérapeutiques, la personne suivante est la représentante familiale auprès de l'équipe soignante de l'EMS pour les questions thérapeutiques et les questions pratiques, quotidiennes ou d'urgence. C'est à elle qu'incombe la charge de communiquer ensuite avec les autres représentants:

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Font partie intégrante du présent contrat :

- ANNEXE 1 :** Procuration pour représentant administratif
- ANNEXE 2 :** Liste des tarifs applicables
- ANNEXE 3 :** Liste des articles de cosmétique et d'hygiène
- ANNEXE 4 :** Charte éthique de l'AFIPA
- ANNEXE 5 :** Document sur la prévention de la maltraitance
- ANNEXE 6 :** Représentant/s thérapeutique/s
- ANNEXE 7 :** Procuration pour demande à l'aide sociale adressée par l'EMS

² **Art. 378 Code civil**

1. Sont habilités à représenter la personne incapable de discernement et à consentir ou non aux soins médicaux que le médecin envisage de lui administrer ambulatoirement ou en milieu institutionnel, dans l'ordre:

1. la personne désignée dans les directives anticipées ou dans un mandat pour cause d'inaptitude;
2. le curateur qui a pour tâche de la représenter dans le domaine médical;
3. son conjoint ou son partenaire enregistré, s'il fait ménage commun avec elle ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière;
4. la personne qui fait ménage commun avec elle et qui lui fournit une assistance personnelle régulière;
5. ses descendants, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
6. ses père et mère, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
7. ses frères et soeurs, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière.

2. En cas de pluralité des représentants, le médecin peut, de bonne foi, présumer que chacun d'eux agit avec le consentement des autres.

3. En l'absence de directives anticipées donnant des instructions, le représentant décide conformément à la volonté présumée et aux intérêts de la personne incapable de discernement.

Art. 382 Code civil

3. Les dispositions sur la représentation dans le domaine médical s'appliquent par analogie à la représentation de la personne incapable de discernement lors de la conclusion, de la modification ou de la résiliation du contrat d'assistance (NDLR : Contrat d'hébergement).

I. BUT DU CONTRAT

Ce contrat est élaboré à partir du « Modèle de contrat d'hébergement AFIPA » mis en forme par l'Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées (ci-après : l'AFIPA). Ce « Modèle de contrat d'hébergement » est disponible sur www.afipa-vfa.ch ou par téléphone au 026/915.03.43. **Lorsque les établissements complètent ou modifient ledit « Modèle », ils engagent leur responsabilité.**

Le présent modèle de contrat est établi conformément aux lois et règlements en vigueur, notamment le code civil, le code des obligations, la législation sociale fédérale et cantonale. Ce contrat respecte la charte éthique de l'AFIPA.

Ce modèle de contrat a été approuvé par le Médecin cantonal, Dr Georges Demierre, en date du 12 juillet 2004, après consultation de la Direction SAS, du Service de la Santé publique et du Service de la prévoyance sociale. Il a été modifié par décision du comité de l'AFIPA :

- le 15 octobre 2009 (nouvelles dispositions pour prévenir les risques débiteurs) ;
- le 2 décembre 2010 (nouveau financement des soins et réduction du prix de pension en cas d'absence)
- le 29 novembre 2012 (adaptation au nouveau droit de la protection de l'adulte).

Ce contrat a pour but de préciser les droits et les devoirs de l'établissement, d'une part, et de la personne qui y réside, respectivement de son représentant, d'autre part.

Il a pour objet de définir les règles applicables à un hébergement en EMS de la personne concernée.

II. CONDITIONS FINANCIERES

1. Nature des coûts

L'hébergement en établissement médico-social comprend :

Les frais de pension servant à couvrir les équipements ainsi que les frais socio-hôtelières et administratifs de l'établissement. Le prix de pension est entièrement à la charge du résident.

Les prestations ordinaires supplémentaires non prévue par l'article 13 du Règlement sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées du canton de Fribourg (cf. point III. 2). Ces prestations ne sont pas comprises dans le forfait journalier socio-hôtelier et sont facturées au résident séparément.

Les frais de soins dont le degré est déterminé par la méthode d'évaluation des soins requis sur prescription médicale ou sur mandat médical. Le prix des soins est à la charge des assureurs-maladie, des pouvoirs publics et du résident. Les médicaments, le petit matériel de soins et les frais du pharmacien-conseil sont à la charge des assureurs-maladie.

Les frais d'accompagnement, à savoir les frais relatifs aux actes qui contribuent au maintien et au développement des capacités physiques, psychiques, spirituelles et sociales du résident, dans la mesure où ces actes ne sont pas reconnus comme soins au sens de la LAMal et de l'OPAS. Le prix de l'accompagnement, fixé par la Direction de la santé et des affaires sociales, est entièrement à la charge du résident.

2. Tarifs applicables

Les tarifs applicables pour l'institution ISRF SA figurent dans **l'ANNEXE 2** au présent contrat. Ils font l'objet d'une nouvelle décision du Conseil d'Etat et de la Direction de la santé et des affaires sociales au début de chaque année civile. L'établissement s'engage à communiquer avant la fin du mois de janvier les tarifs applicables pour la nouvelle année.

3. Financement

Le prix de pension, les prestations ordinaires supplémentaires et le prix de l'accompagnement sont financés par les ressources propres du résident.

3.1. Prestations complémentaires

La caisse de compensation verse des prestations complémentaires aux résidents qui ne disposent pas de moyens financiers suffisants pour s'acquitter du prix de pension, du coût de l'accompagnement ou de la part des frais de soins à charge du résident. L'avis de dépôt d'une demande d'allocation pour impotent, ou la décision d'octroi de cette allocation, doit être jointe à la demande de prestations complémentaires par toute personne dont le degré de dépendance est C ou D. Dès que la décision d'évaluation a été prise, la résidence transmet à cette caisse le coût net de la journée (prix de pension, coût de l'accompagnement et coût des soins à charge du résident).

3.2. Allocation pour impotent de l'AVS-AI

L'allocation pour impotent, accordée conformément à la législation fédérale sur l'AVS-AI, reste acquise aux résidents qui en disposent pour s'acquitter du prix de pension et du coût de l'accompagnement à leur charge. L'avis de dépôt de la demande d'allocation pour impotent, ou la décision d'octroi de cette allocation, doit être jointe à la demande de prestations complémentaires par toute personne dont le degré de dépendance est C ou D ; dans le cas contraire, le droit à la participation pour les frais d'accompagnement n'est pas examiné. Un avis de dépôt d'une demande d'allocation pour impotent doit également être déposée lorsque la personne accède au degré de dépendance C ou D en cours de séjour.

3.3. Assurance-maladie et soins

L'Etat fixe le coût total des soins de même que la part des résidents à ces coûts. La contribution des assureurs-maladie au coût des soins est fixée au niveau national. Les pouvoirs publics financent les soins à hauteur de 60%.

Les médicaments, le petit matériel de soin et les frais du pharmacien-conseil remboursables par l'assurance maladie sont payés directement à l'établissement par l'assureur-maladie du résident par le biais d'un forfait.

La franchise et la quote-part sont à charge du résident. Pour les personnes au bénéfice de prestations complémentaires à l'AVS elles peuvent être récupérées auprès de la caisse cantonale de compensation sur présentation des décomptes de l'assureur maladie.

4. Facturation et paiement

Les frais d'hébergement du résident font l'objet d'une facture mensuelle détaillée, payable dans les 30 jours, précisant :

- Le montant du prix de pension
- Le montant du coût de l'accompagnement.
- Le montant du coût total des soins, du forfait pour les médicaments et le petit matériel de soins ainsi que l'assistance pharmaceutique.
- Le montant de la participation de l'assurance-maladie au coût des soins
- Le montant de la participation du résident au coût des soins
- Le montant de la participation des pouvoirs publics au coût restant des soins (60%)
- Le montant détaillé des prestations supplémentaires.

Les factures établies sur la base du présent contrat valent reconnaissance de dette au sens de l'article 82 LP. Il est dû de plein droit un intérêt de 5 % sur toute prestation échue depuis 30 jours. Cet intérêt ne peut être prélevé sur les prestations sociales.

Le résident répond du paiement de la facture sur tous ses biens.

Le résident ou le représentant s'engage à payer le prix total qui est facturé par l'établissement.

Si le résident a besoin d'une aide financière individuelle, il s'engage, dès l'admission dans l'établissement, à requérir les prestations des pouvoirs publics, si nécessaire avec l'aide et les conseils de l'établissement.

Le résident qui reçoit une aide des prestations complémentaires (PC), versée en début de mois, est tenu de l'utiliser pour le paiement de la facture du mois en cours.

Afin de garantir l'affectation conforme, la rente AVS/AI, l'allocation pour impotence et les prestations complémentaires peuvent être, avec l'accord du résident, cas échéant de son représentant légal, versées directement sur le compte de l'établissement, au nom du/de la résident(e). Cet accord est révocable en tout temps. Les formulaires nécessaires sont disponibles sur le site internet de la Caisse AVS (www.caisseavsfr.ch/fr/form.asp/0-0-372-12-0-0/1-6-355-4-1-0-0/).

A l'entrée dans le home, une avance de paiement (ou acompte) pour les prestations d'accompagnement et/ou les prestations socio-hôtelières peut également être demandée, si le résident n'est pas déjà bénéficiaire de prestations complémentaires. Cette avance ne porte pas d'intérêts et ne doit pas être confondue avec le dépôt (cf. point 5 ci-après).

Si l'établissement reçoit les rentes du résident ou s'il reçoit des avances de paiement, il a l'obligation d'ouvrir un compte pour la gestion des dépenses personnelles du résident. Il y comptabilisera d'une part les montants reçus (y compris, cas échéant, les Frs. 320.-, qui sont à l'usage exclusif du résident, pris en considération dans le calcul des PC) et, d'autre part, les frais privés détaillés du résident y compris les prestations supplémentaires. Une copie de l'extrait de compte sera remise régulièrement par l'EMS au résident ou à son représentant. Une copie des justificatifs pourra être présentée par l'EMS sur demande.

A l'entrée en EMS ou plus tard, l'institution peut requérir du résident la signature d'une procuration spéciale autorisant l'EMS, au nom du résident, à adresser une demande au Service social compétent, de suite ou sitôt la décision négative connue (partielle ou entière) relative aux prestations complémentaires et/ou à la subvention pour les frais d'accompagnement. Cette procuration est révocable en tout temps.

5. Dépôt

Afin de garantir l'exécution des obligations du résident envers l'établissement découlant du présent contrat, un dépôt correspondant au maximum à un mois de frais de pension et d'accompagnement peut être demandé au résident, si celui-ci n'est pas au bénéfice de prestations complémentaires AVS/AI.

Le dépôt doit être fourni avant l'entrée du résident dans l'établissement et au plus tard dans les 15 jours qui suivent son admission.

La somme déposée est restituée au départ du résident, sous déduction des montants, dûment prouvés, dus à l'établissement.

La somme déposée est mentionnée comme fonds de tiers sur un compte à part dans la comptabilité du home.

III. PRESTATIONS DE L'ETABLISSEMENT

1. Prestations socio-hôtelières

Les prestations socio-hôtelières comprennent :

La mise à disposition d'une chambre à 1 lit équipée.

Les repas, à savoir petit-déjeuner, repas de midi et du soir avec boissons ainsi que les collations;

Le service hôtelier incluant le service à table, le linge lavable en machine, le ménage et le service technique;

La libre utilisation des locaux communs, en particulier des locaux de loisirs;

La libre participation aux activités internes et courantes d'animation.

2. Prestations ordinaires supplémentaires

Ne sont pas comprises dans le forfait journalier socio-hôtelier :

- les prestations ordinaires supplémentaires non prévues par l'article 13 du Règlement sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées du canton de Fribourg (LEMS).

A titre indicatif, ci dessous les suppléments les plus fréquents :

Transports privés effectués par la résidence pour le résident.

Taxi

Coiffeur

Manucure, pédicure

Nettoyage à sec des vêtements personnels, travaux de couture

Consommations à la cafétéria

Participation aux frais de sorties et vacances

Mise à disposition d'un appareil téléphonique

Mise à disposition d'une ligne téléphonique personnelle

Communications téléphoniques personnelles

Prise RADIO TV connectée au réseau local

Accès et abonnement Internet

- Les articles de cosmétique et d'hygiène, personnellement nécessaires, qui peuvent être facturés en sus du forfait journalier, selon la liste publiée par le Direction de la santé et des affaires sociales jointe en **ANNEXE 3** du présent contrat.

- Les frais résultants de dégâts causés par le résident, sont à sa charge. (Exemples: Chambre à repeindre pour cause de fumée, dégâts au bâtiment et mobilier abîmé par le résident...)

3. Prestations de l'accompagnement

L'accompagnement est l'ensemble des actes qui contribuent au maintien et au développement des capacités physiques, psychiques, spirituelles et sociales du résident, dans la mesure où ces actes ne sont pas reconnus comme soins au sens de la LAMal. Le Conseil d'Etat désigne les actes de l'accompagnement en tenant compte des niveaux de soins des résidents. L'art. 4 de l'Arrêté du Conseil d'Etat du 4 décembre 2001 sur l'évaluation des besoins en soins et en accompagnement prévoit que les degrés de dépendance sont applicables tant aux soins qu'à l'accompagnement.

La Direction de la santé et des affaires sociales fixe le prix de l'accompagnement en fonction du prix des soins.

4. Prestations médicales et de soins

Médecin traitant

Le médecin responsable de l'établissement est en principe le médecin traitant du résident, sous réserve d'un choix différent de ce dernier.

Lorsque le résident choisit de garder son médecin traitant, ce dernier devra effectuer ses visites dans l'établissement. Le résident est tenu de lui communiquer le nom de l'établissement et de l'informer de cette obligation.

Le mandat de soins conféré au médecin, d'entente avec l'EMS, le rend responsable du choix du traitement ainsi que des médicaments à prescrire.

Il lui incombe de renseigner le résident ou son représentant, notamment sur le coût du traitement et sur la couverture des frais par l'assurance-maladie. En particulier, il informe le résident que les médicaments non à charge de l'assureur-maladie ne sont pas remboursés par la participation des pouvoirs publics.

Dans le cadre de ses compétences et sur ordre du médecin-traitant, le personnel soignant de l'établissement dispense au résident les soins requis par son état ; au besoin, la direction fait appel à du personnel spécialisé provenant de l'extérieur.

En cas d'urgence, la direction de l'établissement prend en collaboration avec le médecin-traitant toutes les dispositions nécessaires en fonction de l'état de santé du résident. Dans tous les cas, la famille et/ou le représentant sont avertis.

Soins infirmiers

L'évaluation des soins requis et du degré de dépendance intervient dans le mois qui suit l'admission du résident. Le degré de dépendance est évalué selon les dispositions de l'Arrêté du Conseil d'Etat du 4 décembre 2001.

L'évaluation est effectuée par un infirmier ou une infirmière diplômé de l'établissement, sous la responsabilité de l'infirmier/ière chef/fe. Elle est confirmée et contresignée par le médecin traitant du résident. Le niveau de soins requis déterminé par le médecin tient lieu d'ordonnance ou de mandat médical.

L'évaluation détaillée et le degré de dépendance qui en résulte font l'objet d'une décision écrite de l'établissement qui indique que celle-ci peut être attaquée par voie de recours à la commission d'experts, dans les trente jours dès sa réception. Le droit de recours est ouvert à toute personne qui peut prouver un intérêt à ce que la décision soit modifiée à condition qu'aucune autre procédure ne puisse être engagée, notamment devant un tribunal arbitral.

L'évaluation du degré de dépendance est faite pour une durée identique à celle qui est prévue par la législation sur l'assurance-maladie ; elle est modifiée lorsque l'état de santé du résident s'améliore ou s'aggrave durablement et sensiblement. Sans cette modification, le degré de dépendance reste inchangé. L'établissement établit un rapport à l'intention du résident ou de son représentant légal pour justifier une modification du degré de dépendance. Ce rapport se fonde sur les mêmes conditions que l'évaluation initiale.

Les soins sont dispensés dans le respect du processus de soins infirmiers prescrit par le service du médecin cantonal.

Médicaments

Les médicaments et le matériel de soins fournis par l'institution sont financés par le biais d'un forfait journalier. Les médicaments et le matériel de soins achetés directement par le résident auprès d'une officine ne seront pas remboursés par l'assurance-maladie et seront entièrement à charge du résident.

Prestations de tiers

Les prestations de tiers telles que :

- Honoraires du médecin traitant ou de spécialistes
- Honoraires de physiothérapeute ou ergothérapeute
- Frais de laboratoires et d'examens
- Frais de radiologie

sont prises en charge en dehors du forfait de soins par l'assurance-maladie. Elles sont facturées directement par le prestataire.

IV. DROITS ET OBLIGATIONS DU RESIDENT

Les dispositions de la loi sur la santé du canton de Fribourg du 16 novembre 1999 sont applicables en matière de droits et d'obligations des résidents.

Dans l'**ANNEXE 5** au présent contrat, sont réunis :

- La Charte éthique de l'AFIPA ;
- La circulaire de l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (AFIPA) et du service du médecin cantonal intitulée « Résident, résidente : Quels moyens pour lutter contre la maltraitance ? » ;
- Le formulaire pour le/s représentant/s thérapeutique/s.

V. ORGANISATION DE LA VIE QUOTIDIENNE

L'établissement s'engage à respecter les aspirations et les activités religieuses, sociales et civiques du résident. Il favorise la participation de la famille et des proches. Il s'engage à promouvoir et respecter les principes contenus dans la Charte Ethique en vigueur pour les établissements membres de l'Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées AFIPA / VFA.

L'institution considère que la chambre du résident est un espace privé.

VI. RESERVATION

Si le résident, sans juste motif, retarde son entrée dans l'établissement ou ne libère pas la chambre après son départ dans le délai convenu, le prix de pension est perçu, déduction faite de Fr. 30.-- par jour pour les repas.

Les prestations de la caisse maladie et la participation des pouvoirs publics ne couvrent que les jours de présence dans l'établissement.

VII. ABSENCES DU RESIDENT

1. Hospitalisation

Durant l'hospitalisation, l'établissement s'engage à garder inoccupée la chambre pendant 90 jours. Il perçoit pour cela le montant du prix de pension à la charge du résident déduction faite de Fr. 30.-- par jour pour les repas.

2. Vacances ou autres absences

La direction accorde une réduction de Fr. 30.-- par jour du prix de pension en cas d'absence pour une journée complète (24 heures). Les journées de départ et de retour sont comptées comme journées de présence.

Les soins et l'accompagnement ne sont pas facturés.

VIII. DUREE DU CONTRAT ET RESILIATION

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée et commence le _____.

L'établissement ne peut résilier le contrat que pour de justes motifs, moyennant le respect d'un délai de trente jours au minimum. Sont considérés comme justes motifs le non-paiement des montants à sa charge, la violation répétée des égards dus aux voisins, le trouble répété à l'encontre d'autres résidents ou de collaborateurs de l'établissement. Est également considéré comme juste motif le changement notable de l'état de santé du résident, qui ne serait plus en adéquation avec la mission et l'équipement de l'établissement.

Le résident peut résilier le contrat, moyennant le respect d'un délai de 30 jours.

Le contrat s'éteint par le décès du résident.

IX. DEVOIR D'INFORMATION

Lors de la signature du contrat, l'institution informe le résident ou son représentant :

de la possibilité de demander les PC AVS/AI dès l'entrée en établissement ;

de l'obligation d'affecter les PC AVS/AI et les autres rentes au paiement de la facture du mois en cours ;

de l'obligation de déposer une demande d'allocation pour impotents pour les résidents dont le degré de dépendance est C ou D, à l'entrée ou en cours de séjour ;

Le résident et son représentant s'engagent à fournir à l'établissement toutes les informations utiles et objectives sur son état de santé.

X. FOR ET DROIT APPLICABLE

Tous litiges résultant de l'interprétation ou de l'application du présent contrat seront tranchés exclusivement par les tribunaux fribourgeois, le droit suisse étant applicable.

Le résident et/ou le représentant déclare(nt) avoir pris connaissance du présent contrat et de ses annexes :

Le résident : _____ Le représentant : _____

Pour l'institution ISRF SA:

Lieu et date : _____, le _____