

## **CONTRAT D'HEBERGEMENT du Réseau Santé de la Glâne (RSG)**

Le présent contrat est conclu entre :

- Le Home médicalisé de Billens
- Le Foyer Ste-Marguerite de Vuisternens
- Le Foyer de Notre-Dame Auxiliatrice de Siviriez

**Représenté par le Réseau Santé de la Glâne et le résident<sup>1</sup> :**

**Nom :**

**Prénom :**

Dernière adresse :

Date d'admission :

Représenté par :

**Nom :**

**Prénom :**

Adresse :

Téléphone :

qui agit en qualité de :

- curateur       autre :      • lien de parenté :
- mandataire pour cause d'inaptitude (copie du mandat à joindre)
- au bénéfice d'une procuration signée par le résident en date du      (cf. **ANNEXE 1**).

Oui, le résident a rédigé des directives anticipées. Elles sont communiquées à l'EMS.

Non, le résident n'a pas rédigé de directives anticipées.

**Le résident est représenté au niveau thérapeutique par :**

**Nom :**

**Prénom :**

Adresse :

Téléphone :

qui agit en qualité de :

- curateur       mandataire pour cause d'inaptitude (copie du mandat à joindre)
- au bénéfice d'une procuration pour représentation thérapeutique signée par le résident en date du      (cf. **ANNEXE 2**).
- membre(s) de la famille (*voir la loi ci-après*). Précisez le degré de parenté :

<sup>1</sup> Par commodité, le genre masculin uniquement sera utilisé dans le texte.

**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 thérapeutique<sup>2</sup>.

**Font partie intégrante du présent contrat :**

- ANNEXE 1** : Procuration représentant administratif
  - ANNEXE 2** : Nomination représentant/s thérapeutique/s
  - ANNEXE 3** : Liste des tarifs applicables
  - ANNEXE 4** : Demande de Prestations complémentaires
  - ANNEXE 5** : La charte éthique de l'AFIPA
  - ANNEXE 6** : Droits et devoirs du patient - Prévention de la maltraitance
  - ANNEXE 7** : Vivre au Home / Règlement de maison
  - ANNEXE 8** : Fiche de renseignements
  - ANNEXE 9** : Demande de versement de rente à un tiers ou à une autorité qualifiée
- 

<sup>2</sup> **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 sœurs, 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).

Le présent contrat est établi conformément aux lois et règlements en vigueur, notamment le Code des obligations, la législation sociale fédérale et cantonale. Ce contrat respecte la Charte Ethique de l'AFIPA.

1. - 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 :
2. - le 15 octobre 2009 (nouvelles dispositions pour prévenir les risques débiteurs) ;
3. - le 2 décembre 2010 (nouveau financement des soins et réduction du prix de pension en cas d'absence)
4. - le 29 novembre 2012 (adaptation au nouveau droit de la protection de l'adulte) ;
5. - le 14 janvier 2016 (versement PC lors de décès et de répudiation, adaptation des demandes PC et allocation pour impotent au système d'évaluation RAI) ;
6. - le 24 mai 2018 (entrée en vigueur de la LPMS et du RPMS, modification du système de financement des médicaments et du matériel LiMA, modification de pratique de la Caisse de compensation)

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** 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 ; il inclut le petit matériel de soins. Les médicaments, 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.

- **Les frais d'investissements des immeubles et les frais financiers** qui sont à la charge des communes. Pour les résidents qui proviennent d'un autre canton, une garantie cantonale ou de la dernière commune de domicile avant l'entrée dans l'EMS est exigée.

## 2. Tarifs applicables

**Les tarifs applicables** figurent à l'**ANNEXE 3** du 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 dès que possible 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 et du coût de l'accompagnement ou de la part des frais de soins à charge du résident. Une demande doit être adressée à la Caisse cantonale de compensation au moment de l'admission (cf. **ANNEXE 4**).

Pour éviter tout retard dans la décision et par conséquent dans les paiements, il est indispensable que la demande soit correctement remplie et que toutes les annexes nécessaires soient jointes.

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 RAI 4. 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. Participation des pouvoirs publics aux frais d'accompagnement

La participation aux frais d'accompagnement peut être allouée lorsque les ressources de l'ayant droit, y compris la part de fortune à prendre en compte conformément à la loi, ne suffisent pas à couvrir les dépenses reconnues au sens des dispositions applicables en matière de prestations complémentaires. Elle correspond au découvert journalier ainsi calculé.

La Caisse cantonale de compensation calcule le droit à la participation pour les frais d'accompagnement. La demande de prestations complémentaires fait office de demande de participation pour les frais d'accompagnement. Elle doit également être déposée lorsque les ressources de la personne lui permettent de prétendre à une participation pour les frais d'accompagnement, sans que la personne ait droit aux prestations complémentaires.

La participation est versée directement à l'établissement. Elle est portée en déduction du prix global que l'établissement facture au résident.

### **3.3. 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 RAI 4 ; 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 RAI 4 en cours de séjour.

### **3.4. Assurance-maladie**

L'Etat fixe le coût total des soins de même que la part des résidents à ces coûts. La contribution des assureurs maladies au coût des soins est fixée au niveau national. Les pouvoirs publics financent le reste des soins. Le petit matériel de soins y est inclus.

Les médicaments prescrits sur ordonnance médicale sont livrés à l'institution par la pharmacie externe ; ils sont facturés par la pharmacie directement à l'assureur-maladie du résident. Les médicaments LS (Liste Spéciale), HL (Hors Liste) ou LN (Liste Négative), prescrits par un médecin, qui ne sont pas financés par la caisse-maladie, sont payés par le résident (comme à domicile).

La franchise (minimum Fr. 300/an) et la quote-part (maximum Fr. 700/an) 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 des factures**

Les frais d'hébergement du résident font l'objet d'une facture mensuelle détaillée, payable dans les 10 jours précisant :

- Le montant du prix de pension
- Le montant des coûts de l'accompagnement
- Le montant du coût total des soins,
- 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.
- Le montant de la participation des pouvoirs publics aux frais d'accompagnement (si droit admis).
- Le montant détaillé des prestations supplémentaires diverses.

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

Suite au décès du résident, l'EMS peut adresser ses dernières factures non réglées directement à la Caisse de compensation afin de récupérer la part de financement des pouvoirs publics, et ce malgré une éventuelle répudiation de la succession par les ayants droit.

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)

Afin de garantir l'affectation conforme de, la rente AVS/AI, l'allocation pour impotence et les prestations complémentaires, le RSG demande au résident ou à son répondant de signer un ordre LSV qui servira à prélever le montant de la facture mensuelle tous les 15 du mois. Le résident ou son répondant veillera à ce que le compte bancaire présente un solde suffisant afin de couvrir l'entier du prélèvement. Au cas où le LSV ne pourrait pas être honoré par manque de liquidité une sommation serait adressée au résident ou à son représentant pour paiement de la dette dans un délai de 15 jours. Cette sommation précédera une mise aux poursuites si les délais de paiements n'étaient pas respectés.

## 5. Dépôt

Afin de garantir l'exécution des obligations du résident envers l'établissement découlant du présent contrat, un dépôt correspondant au maximum à deux 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, dument 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 un ou deux lit(s).
- 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 la LPMS ou son règlement d'application

A titre indicatif, les suppléments les plus fréquents sont :

- Transports privés effectués par l'institution pour le résident
- Taxi
- Coiffeur
- Manucure, pédicure, esthéticienne
- Nettoyage à sec des vêtements personnels, travaux de couture
- Consommations à la cafétéria
- Participation aux frais de sorties et vacances
- Mise à disposition d'une ligne téléphonique personnelle
- Communications téléphoniques personnelles
- Téléréseau
- Accès et abonnement Internet.

Si l'institution fournit les articles de cosmétique et d'hygiène nécessaires, ces derniers sont facturés en sus du forfait journalier.

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

## 3. Prestations de l'accompagnement

Les prestations d'accompagnement sont les prestations participant au maintien et au développement des capacités physiques, psychiques, spirituelles et sociales de la personne, convenues entre l'EMS et le résident ou son représentant légal. La Direction de la santé et des affaires sociales détermine annuellement le prix et les prestations financées au titre de prestations d'accompagnement ; elle en définit les exigences y relatives<sup>3</sup>.

## 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.

---

<sup>3</sup> Art. 2 et 25 al.2 RPMS

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 respectivement l'infirmier/ière chef/fe fait appel à du personnel spécialisé provenant de l'extérieur.

En cas d'urgence, l'infirmier/ière chef/fe 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 est/sont averti(s).

### **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'Ordonnance sur les besoins en soins et en accompagnement du 3 décembre 2013.

L'évaluation est effectuée par un infirmier ou une infirmière diplômé/e 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 par l'outil d'évaluation tient lieu d'ordonnance ou de mandat médical.

L'évaluation détaillée et le degré de dépendance qui en résultent 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 sont transmis à l'EMS par la pharmacie externe et sont stockés, de manière individuelle, par le personnel soignant dans un endroit approprié ; ils sont facturés par la pharmacie à l'assureur-maladie du résident.

En cas de décès ou de changement de traitement, le solde des médicaments est géré par l'institution, sauf avis contraire du résident ou de son représentant.

### **Prestations de tiers**

Les prestations de tiers telles que :

- honoraires du médecin traitant ou de spécialistes
- honoraires de physiothérapeute ou d'ergothérapeute
- frais de laboratoires et d'examen
- frais de radiologie

ne sont pas prises en charge par le forfait des soins. 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 les **ANNEXES 5 et 6** 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 « *Respect et protection de l'intégrité et des droits des résidents* »
- Droits et devoirs du patient - Prévention de la maltraitance

## V. ORGANISATION DE LA VIE QUOTIDIENNE

Le règlement de maison figure dans l'**ANNEXE 7**.

Par ailleurs, 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 du prix 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 30 jours. Il perçoit pour cela le montant du prix de pension à la charge du résident déduction faite du montant par jour pour les repas. Les soins et l'accompagnement ne sont pas facturés.

### 2. Vacances ou autres absences

La direction accorde une réduction pour le 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.

Durant les pèlerinages à Lourdes, les vacances organisées par l'institution, la pension, les repas et les soins sont facturés comme à l'institution. Une participation supplémentaire est demandée aux vacanciers pour le financement des vacances.

## 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. **Son représentant administratif est tenu de s'acquitter des éventuelles factures en suspens.**

## IX. DEVOIR D'INFORMATION

L'institution informe le résident ou son représentant **de l'obligation de remplir et signer le « contrat d'hébergement et ses annexes » avant l'entrée dans l'établissement.**

Elle informe ensuite le résident ou son représentant :

- de l'obligation de s'engager à fournir à l'établissement toutes les informations utiles et objectives sur son état de santé. Le résident et/ou son représentant sont informés que l'EMS tient un dossier informatique individuel permettant la réalisation et l'évaluation des processus de prise en charge. Les données personnelles du résident sont collectées auprès d'elle-même ou de tiers, elles sont enregistrées dans un logiciel informatique à usage pluridisciplinaire, elles sont accessibles en tout temps par le résident ou son représentant. Les dispositions de la Loi du 16 novembre 1999 sur la santé, section 3 – Traitement des données sur la santé et dossier du patient, article 56 à 60, et la Loi sur la Protection des Données du 19 juin 1992, s'appliquent.
- de la possibilité de demander les PC AVS/AI et la participation des pouvoirs publics aux frais d'accompagnement, 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 (cf. II, point 4. Facturation et paiement des factures) ;
- de l'obligation de déposer une demande d'allocation pour impotents pour les résidents dont le degré de dépendance est RAI 4, à l'entrée ou en cours de séjour ;

## X. FOR ET DROIT APPLICABLE

Tout litige résultant de l'interprétation ou de l'application du présent contrat sera tranché exclusivement par les tribunaux fribourgeois au siège de l'établissement, le droit suisse étant seul 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 :

Lieu et date :