



CONTRAT D'HEBERGEMENT ACCUEIL DE COURTE DUREE (COURT SEJOUR MEDICALISE)

Le présent contrat est conclu entre l'EMS Villa Beausite et le résident (Par commodité, le genre masculin sera utilisé dans le texte.) :

Nom : **Prénom :**

Dernière adresse : Date d'admission :

.....

Représenté **au niveau administratif** par :

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Téléphone : E-Mail :

Qui agit en qualité de représentant administratif

- Bénéficiaire d'une procuration signée par le résident en date du (*annexe 1*)
- Curateur (*copie de l'acte de nomination*)
- Mandataire pour cause d'inaptitude (*copie du mandat et acte de validation*)
- Oui, le résident a rédigé des directives anticipées. Elles sont communiquées à l'EMS.
- Non, le résident n'a pas rédigé de directives anticipées.

1. REPRÉSENTANT ADMINISTRATIF

Représenté **au niveau thérapeutique** par :

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Téléphone : E-Mail :

Qui agit en qualité de représentant thérapeutique

- Membre de la famille et/ou une personne faisant ménage commun
- Bénéficiaire d'une procuration signée par le résident en date du (*annexe 2*)
- Curateur (*copie de l'acte de nomination*)
- Mandataire pour cause d'inaptitude (*copie du mandat et acte de validation si incapacité de discernement*)

2. REPRÉSENTANT THÉRAPEUTIQUE

Si une des personnes désignées n'est pas en mesure de remplir son mandat, elle est remplacée par la personne de substitution désignée par le résident respectivement par la loi (cf art. 378 du Code civil)

I BUT DU CONTRAT

Ce contrat définit les prestations de l'établissement, les conditions financières ainsi que les droits et obligations de la personne qui y réside.

II MISSION ET OBJECTIF D'UN COURT-SEJOUR

La mission d'un court-séjour est de contribuer, en complémentarité avec les autres acteurs du soutien à domicile, à prolonger la vie autonome à domicile en visant le maintien des capacités fonctionnelles, cognitives et sociales de la personne concernée.

L'objectif est une prise en charge pointue sur une période limitée (maximal 90 jours) dans le but d'un retour à domicile.

Un projet de soins sera établi. Il pourra être adapté selon l'évolution de la situation du résident et sera validé par lui-même ou son représentant.

En cas de doute sérieux sur les possibilités d'un retour à domicile, le résident pourra être considéré comme résident en attente de placement en EMS.

III CONDITIONS CADRES

III.1 Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée déterminée. Il commence le (date d'entrée) et se termine le (date de sortie planifiée), mais au plus tard après 90 jours, soit le

III.2 Réorientation vers un long-séjour

Dans l'éventualité où, pendant la durée du court-séjour ou à la fin de ce dernier, le retour à domicile ne serait plus envisageable, l'institution peut proposer au résident un long séjour dans ses propres locaux.

Si cela n'est pas possible ou souhaité et qu'aucune solution n'a été trouvée à la suite du 90^e jour, le résident se trouve « en attente de placement » jusqu'à ce qu'une autre solution soit trouvée.

Si la durée maximale de 90 jours est dépassée, le séjour est considéré comme un séjour de longue durée selon la législation cantonale (RPMS Art. 14) et un nouveau contrat doit être conclu entre le résident et l'institution. La conclusion d'un nouveau contrat est organisée suffisamment tôt par les parties contractantes. Si, au 91^e jour, aucun nouveau contrat n'a été signé, les tarifs de l'annexe 4 s'appliquent dans l'intervalle.

IV PRESTATIONS FOURNIES PAR L'INSTITUTION

IV.1 Prestations socio-hôtelières

Les prestations socio-hôtelières comprennent :

- La mise à disposition d'une chambre individuelle/double à 1 ou 2 lit(s), comprenant le mobilier suivant : 1 lit, 1 armoire, 1 commode, 1 table, 1 fauteuil, 1 chaise, 1 table de nuit, 1 lampe de chevet
- 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 et de loisirs
- La libre participation aux activités d'animation.

D'éventuels défauts dans la chambre doivent être signalés dans un délai de 10 jours.

IV.2 Prestations supplémentaires

Ne sont pas comprises dans les prestations socio-hôtelières, les prestations ordinaires supplémentaires non prévues par la loi sur les prestations médico-sociales (LPMS) ou son règlement d'application (RPMS).

IV.2.1 Prestations ordinaires supplémentaires

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

- Transports personnels effectués pour le résident par l'institution ou par une société mandatée par l'institution
- Taxi
- Coiffeuse
- Manucure, pédicure pour des raisons esthétiques
- 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
- Accès et abonnement Internet
- Argent de poche
- Frais résultant de dégâts causés par le résident (exemples : dégâts au bâtiment, mobilier abîmé, perte des clés).
- Frais de dossiers (CHF 100.00)

IV.2.2 Autres prestations

Le nettoyage final de CHF 100.00 est obligatoirement dû par le résident et sera facturé avec la dernière facture.

IV.3 Prestations d'accompagnement

Les prestations d'accompagnement sont les prestations participant au maintien et au développement des capacités physiques, psychiques, spirituelles et sociales de la personne.

IV.4 Prestations médicales et de soins

IV.4.1 Prestations du médecin traitant

Le résident garde le libre choix de son médecin.

Le médecin répondant de l'institution peut être consulté par le résident en cas de besoin.

Lorsque le résident garde son.sa propre médecin comme médecin traitant et que des visites sont nécessaires pendant le séjour, l'organisation du transport, si les visites ne sont pas effectuées dans l'institution, incombe au résident.

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

Le résident est rendu attentif qu'il incombe au médecin de le renseigner 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 étatique.

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, l'institution fait appel à du personnel spécialisé externe.

En cas d'urgence, l'institution prend, en collaboration avec le médecin traitant, toutes les dispositions nécessaires en fonction de l'état de santé du résident, selon ses directives anticipées. Sans instruction contraire de la part du résident, la famille et le représentant thérapeutique sont avertis aussitôt que possible.

IV.4.2 Prestations du pharmacien répondant

Le pharmacien répondant de l'institution devient le dépositaire du dossier pharmaceutique du résident, sous réserve d'un choix différent de ce dernier. Dans ce cas, il a accès au dossier médical du résident dans le cadre de sa fonction.

IV.4.3 Prestations des soins infirmiers

L'évaluation du niveau de soins intervient dans les : 14 jours suivant l'admission du résident. La méthode d'évaluation est celle décrite dans l'Ordonnance sur les besoins en soins et en accompagnement du 3 décembre 2013.

L'évaluation est effectuée par un infirmier diplômé de l'établissement, sous la responsabilité de l'infirmier chef. Elle est confirmée et contresignée par le médecin traitant. Le niveau de soins déterminé par l'outil d'évaluation tient lieu de prescription ou de mandat médical.

L'évaluation détaillée fait 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 (auprès du Service du médecin cantonal), 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 niveau de soins est faite pour une durée identique à celle 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. Une information orale du changement du niveau de soins au résident précède la décision écrite.

Les directives anticipées (*modèle annexe 3*) permettent de préciser la limite des soins souhaités par le résident. Elles sont discutées avec le personnel soignant référant du résident dans le cadre de son entrée en institution et réévaluées selon les besoins.

VI.4.4 Prestations de soins intégrés

Les prestations en lien avec la qualité et la coordination des différents prestataires ne sont pas facturées aux résidents.

VI.4.5 Prestations de tiers

Sont prises en charge en dehors du forfait des soins par l'assurance-maladie et facturées directement par le prestataire, les prestations de tiers, telles que :

- Médicaments selon les modalités de remboursement en vigueur
- Moyens et appareils selon la liste LiMA (OFSP)
- Honoraires du la médecin traitant ou de spécialistes
- Honoraires de physiothérapeute ou ergothérapeute
- Frais de laboratoires et d'examens
- Frais de radiologie

En cas de décès ou de changement de traitement, le solde des médicaments est rétrocédé à la pharmacie répondante. Les moyens et appareils selon la liste LiMA sont gérés par l'institution.

V CONDITIONS FINANCIERES

V.1 Nature des coûts

L'hébergement pour un court-séjour 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 frais liés aux prestations figurant sous point IV. 2).** Ces prestations ne sont pas comprises dans les prestations socio-hôtelières et sont facturées au résident séparément.
- **Les frais des soins** (dont la charge est déterminée par la méthode d'évaluation des soins requis sur prescription médicale ou sur mandat médical). Pour le court-séjour, le prix des soins, y compris le petit matériel est pris en charge par les assureurs-maladie et les pouvoirs publics.
- **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, est entièrement à la charge du résident.
- **Les frais d'investissements des immeubles et les frais financiers** 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 en institution est exigée.

V.2 Tarifs applicables

V.2.1 Jours de présence

L'Etat fixe le tarif des frais des soins ainsi que le prix d'accompagnement applicable au présent contrat. Les tarifs de l'institution (*annexe 4*) 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'institution s'engage à communiquer avant la fin du mois de janvier les tarifs applicables pour la nouvelle année.

V.2.2 Jours d'absence

L'institution accorde une réduction de CHF 10.- par jour (24 heures) sur le prix de pension en cas d'absence (y compris hospitalisation). Les journées de départ et de retour sont comptées comme journées de présence.

L'accompagnement n'est pas facturé pour les jours d'absence.

V.2.3 Tarifs applicables à partir du 91^e jour

Les tarifs applicables à partir du 91^e jour et jusqu'à la conclusion d'un nouveau contrat figurent à l'annexe 4. Les jours d'absence sont soumis aux mêmes conditions que celles mentionnées au paragraphe V.2.2. La participation au coût des soins n'est pas non plus facturée.

V.3 Financement

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

V.3.1 Prestations complémentaires à domicile et frais de maladie

Les personnes qui ne disposent pas de moyens financiers suffisants pour s'acquitter des frais de leur séjour peuvent déposer une demande d'octroi de prestations complémentaires à domicile auprès de l'Etablissement cantonal des assurances sociales (ECAS). Le dépôt d'une demande incombe au résident. L'institution soutient le résident dans les démarches.

Les frais du court séjour inférieur à 90 jours peuvent être pris en compte dans les frais de maladie¹. Le résident peut adresser une copie de sa facture de participation à l'ECAS dans les 15 mois à compter de la date de facture.

V.3.3 Allocation pour impotent 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'institution soutient le résident dans les démarches en lien avec la demande.

V.3.4 Assurance-maladie

La contribution des assureurs-maladie au coût des soins est fixée au niveau national.

Les médicaments prescrits sur ordonnance médicale sont facturés par la pharmacie directement à l'assureur-maladie du résident. Les médicaments prescrits par un médecin qui ne sont pas financés par la caisse-maladie sont payés par le résident.

Les moyens et appareils LiMA prescrits sur ordonnance médicale sont facturés par le prestataire directement à l'assureur-maladie du résident. Des montants maximaux de remboursement (MMR) à prendre en charge par les caisses-maladie sont fixés dans une liste tenue à jour par l'office fédéral de la santé publique (OFSP). Les coûts dépassant ces montants sont à la charge du résident.

La franchise (minimum CHF 300.-/an) et la quote-part (maximum CHF 700.-/an) choisies par le résident dans son contrat d'assurance maladie sont à sa charge. Pour les personnes au bénéfice de prestations complémentaires à l'AVS, elles peuvent être récupérées auprès de l'ECAS sur présentation des décomptes de l'assureur maladie.

V.4 Facturation et paiement

Les frais d'hébergement du résident font l'objet d'une facture mensuelle détaillée, précisant les montants suivants :

1. prix de pension
2. coût de l'accompagnement
3. prestations supplémentaires détaillées.

Le montant de la facture est payable dans un délai de 10 jours et porte intérêts à 5 % l'an dès son échéance. Cet intérêt n'est pas dû si le résident est en attente de prestations d'aide individuelle issues des régimes sociaux. Durant cette attente, le résident s'engage, dans la mesure de ses moyens, à régler la facture de l'établissement.

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

Le résident qui reçoit une aide financière des pouvoirs publics liés au court-séjour est tenu de l'utiliser pour le paiement de la facture.

¹ Les frais de séjour provisoire dans un home ou hôpital, inférieur à trois mois, sont remboursés par le biais des frais de maladie et d'invalidité sous déduction des frais de repas (Art. 13, Ordonnance relative au remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires).

L'institution a la possibilité de se faire rembourser directement les factures. Pour ce faire, elle doit présenter une demande de versement de prestations AVS/AI/PC en mains de tiers signée par le résident. En cas de décès du résident et s'il ne s'est pas encore fait rembourser la facture par l'ECAS et que la succession est répudiée, cette facture peut être réclamée par l'institution auprès de l'ECAS, même si la succession a été répudiée.

V.5 Dépôt

Avant l'entrée d'un résident, un dépôt peut être demandé par l'institution. Ce dépôt est mentionné comme fonds de tiers sur un compte à part dans la comptabilité de l'institution et il ne porte pas d'intérêts. Sur demande, l'institution peut fournir une attestation.

Le dépôt est restitué à l'expiration du contrat, sous déduction des montants dûment prouvés dus à l'établissement.

VI DROITS ET OBLIGATIONS

VI.1 Résidents

Les dispositions légales et notamment la loi sur la santé du canton de Fribourg du 16 novembre 1999 sont applicables en matière de droits et d'obligations des résidents (*annexe 5*).

Des précisions quant aux droits et obligations des résidents et à la prévention de la maltraitance figurent dans le document « Droits et protection des résidents » (*annexe 6*).

Le résident a pris acte du règlement de maison de l'établissement (*Bienvenue, annexe 7*).

Le résident a l'obligation d'être assuré en matière de responsabilité civile. Une assurance ménage n'est pas obligatoire mais recommandée si le résident possède des biens de valeur en chambre.

Le résident s'engage à fournir à l'institution toutes les informations utiles et objectives sur son état de santé.

VI.2 Institution

VI.2.1 Organisation de la vie quotidienne

Dans la mesure du possible, l'institution s'engage à respecter les aspirations et les activités religieuses, sociales et civiques du résident. Elle favorise la participation de la famille et des proches.

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

VI.2.2 Absences

Durant l'hospitalisation, l'institution s'engage à garder la chambre inoccupée pendant 30 jours. Elle perçoit pour cela le montant du prix de pension à la charge du résident déduction faite de CHF 10.- par jour.

VI.2.3 Devoir d'information

Lors de la signature du contrat, l'institution informe le résident des éléments suivants :

- La possibilité de demander des aides financières des pouvoirs publics liées au court-séjour, dès l'entrée en institution
- L'obligation d'affecter les aides financières des pouvoirs publics au paiement de la facture
- De la possibilité de déposer une demande d'allocation pour impotent
- Du contenu des annexes du présent contrat

VI.2.4 Prise en charge garantissant la sécurité et protection des données

L'institution s'engage à respecter la protection des données personnelles du résident. afin de lui garantir une prise en charge sécurisée, elle a cependant le droit d'utiliser ces données sous les formes suivantes :

- Dossier de soins informatisé permettant la prise en charge médicale et en soins accessible au médecin répondant, personnel soignant et pharmacien répondant de l'institution
- Logiciel permettant la transmission d'éléments liés à la facturation sous forme informatisée au représentant administratif, assureurs maladie (LaMal) et aux pouvoirs publics pour le versement des subventions liées au séjour
- Informations sur la date d'entrée et sortie, l'identité et le niveau RAI transmis au Service de la prévoyance sociale, à l'établissement cantonal des assurances sociales et aux assureurs maladie pour permettre la participation des pouvoirs publics aux coûts engendrés par le séjour
- Données personnelles et médicales transmises à des tiers (exemple : hôpital, spécialistes, médecins, physiothérapeute, etc...) pour la prise en charge nécessaire du résident dans le cadre des soins intégrés
- Affichage des données d'identification du résident sur les semainiers et les autres supports nécessaires à sa prise en charge médicale
- Liste des résidents destinée aux collaborateurs et correspondance nécessaire à l'accompagnement du résident sur son lieu de vie.

L'*annexe 8* au présent contrat permet aux résidents d'accepter ou de refuser certaines démarches, conformément à la protection des données.

VII FIN DU CONTRAT

VII.1 Fin du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée de 90 jours au maximum et commence le jour de l'entrée du résident. Il prend fin en principe à la date indiquée au ch. III.1 avec le retour à domicile. Il prend également fin avec le transfert définitif dans une autre structure, la conclusion d'un nouveau contrat entre le résident et l'institution ou le décès du résident.

VII.2 Résiliation pour justes motifs

Les parties peuvent résilier le contrat pour justes motifs, moyennant le respect d'un délai de 30 jours.

Sont considérés comme justes motifs, après avertissement préalable avec menace de résiliation, notamment le non-paiement des montants dus, la violation répétée des égards et/ou le trouble répété à l'encontre d'autres résidents.es ou de collaborateurs de l'établissement ainsi que tout acte de violence. Le juste motif peut être induit par le résident ou ses proches. 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'institution.

VII.3 Modalités

Si la chambre n'est pas libérée lorsque le contrat prend fin, dans le délai convenu de 3 jours, le prix de pension est perçu, déduction faite de CHF 10.- par jour pour les repas.

VIII FOR ET DROIT APPLICABLE

Le tribunal du siège de l'institution est compétent pour statuer sur tous litiges résultant de l'interprétation ou de l'application du présent contrat, le droit suisse étant applicable.

Le résident déclare avoir pris connaissance du présent contrat et de ses annexes :

Le résident :

Le représentant administratif :

Pour l'institution :

Lieu et date :

Font partie intégrante du présent contrat :

- Annexe 1 : Procuration pour représentation administrative
- Annexe 2 : Procuration pour représentation thérapeutique
- Annexe 3 : Directives anticipées
- Annexe 4 : Liste des tarifs applicables
- Annexe 5 : « L'essentiel sur le droit des patients »
- Annexe 6 : Droits et protection des résidents
- Annexe 7 : Bienvenue (règlement de maison)
- Annexe 8 : Information concernant la protection des données
- Annexe 9 : Information concernant l'appel-malade
- Lien de la loi RPMS : https://bdlf.fr.ch/app/fr/texts_of_law/820.21