



CONTRAT D'HEBERGEMENT

EN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL (EMS)

Préambule

Le présent contrat est établi sur la base de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES), laquelle pose l'exigence d'un contrat-type minimal d'hébergement en Etablissement Médico-Social (EMS) reconnu d'intérêt public (RIP), approuvé par la cheffe du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). Conformément à la loi sur la santé publique (LSP), les soins requis doivent correspondre à la mission de l'établissement. La LSP dispose également que le·la résident·e a droit aux soins qu'exige son état de santé, dans le respect de sa dignité.

Le contrat-type minimal est applicable à tous les EMS RIP ; il n'est pas possible de supprimer des articles. Toutefois, l'EMS peut le compléter, en fonction de ses spécificités, et dans le respect des normes minimales prévues par celui-ci.

Le présent contrat est conclu entre :

Nom de l'établissement :

Fondation EMS la Venoge

Rte de la Vuy 1, 1305 Penthaz

ci-après désigné comme l'établissement,

et

Nom : Prénom :

Adresse :

ci-après désigné comme le·la résident·e.

Le cas échéant, le·la résident·e est représenté·e par

Nom :Prénom :

Adresse :

La conclusion du contrat d'hébergement par le·la représentant·e engage le·la résident·e envers l'établissement. La notion de « résident·e » dans les différents articles du contrat d'hébergement couvre la notion de « représentant·e » lorsque le·la résident·e ne dispose plus de sa capacité de discernement.

Ci-après désigné·e comme le·la représentant·e.

Il·elle agit en qualité de (cocher ce qui convient) :

Représentant·e légal·e (préciser) :

Curatelle d'accompagnement

Curatelle de représentation

Curatelle de coopération

Curatelle de portée générale

L'avis de nomination de la Justice de Paix doit être remis à l'établissement.

Conformément à l'art. 416 al.1, ch.2 Code Civil (CC), le·la représentant·e légal·e agissant comme curatelle de représentation ou de portée générale doit obtenir l'approbation de l'autorité de protection de l'adulte. Il·elle remet à l'établissement, dans les meilleurs délais, le consentement écrit de l'autorité de protection de l'adulte.

Mandataire du·de la résident·e, au bénéfice d'une procuration valable :

Lien familial.....

Autre lien.....

La procuration doit être remise à l'établissement.

Un modèle de procuration figure en annexe.

Représentant·e en l'absence d'un mandat pour cause d'inaptitude ou d'une curatelle et jusqu'à la nomination d'un·e représentant·e légal·e lorsque le·la résident·e est incapable de discernement (art. 374 ss CC).

MESURES PERSONNELLES ANTICIPEES

Représentant·e thérapeutique

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien familial :

Autre :

Le·la représentant·e thérapeutique désigné·e par le·la résident·e est chargé·e de se prononcer à sa place dans le but d'exprimer le choix du·de la résident·e quant aux soins à lui prodiguer dans les situations où il·elle ne dispose plus de la capacité pour se déterminer. Le·la résident·e a informé son·sa représentant·e thérapeutique de son rôle et de l'existence de ses directives anticipées **et/ou un plan de soins anticipé** le cas échéant.

Mandataire pour cause d'incapacité (art. 360 ss CC ; en la forme olographe ou authentique). Le mandat doit être remis à l'établissement.

Des directives anticipées et/ou un plan de soins anticipé ont été établies :

oui

non

Les directives anticipées et/ou un plan de soins anticipé permettent de se déterminer, par avance, à propos des traitements et soins que l'on souhaite ou que l'on ne souhaite pas recevoir en cas de perte de la capacité de discernement. Le·la résident·e est encouragé·e à rédiger des directives anticipées **et/ou un plan de soins anticipé**.

Si le·la résident·e a rédigé des directives anticipées et/ou un plan de soins anticipé, celles-ci sont remises à l'établissement.

TABLES DES MATIERES

1. Obligation de l'établissement	5
2. Collecte traitement, utilisation et échange de données personnelles et sensibles en respect à la loi sur la protection des données (LPrD)	5
3. Obligation du·de la résident·e	5
4. Prestations de l'établissement	5
4.1. Prestations socio-hôtelières comprises dans le forfait journalier	5
4.2. Prestations socio-hôtelières non comprises dans le forfait journalier	6
5. Prestations médicales et de soins	7
5.1. Médecin	7
5.2. Pharmacie	7
5.3. Consentement aux soins	7
6. Conditions financières	7
6.1. Financement de l'hébergement médico-social	7
6.2. Facturation des prestations de soins	7
6.3. Dépôt et autres garanties	8
6.4. Facturation et paiement	9
7. Allocation pour impotence (API)	10
8. Absences du·de la résident·e	10
8.1. Hospitalisation	10
8.2. Absence provisoire	10
8.3. Retard de l'entrée dans l'établissement.....	10
9. Chambre	11
9.1. Etat de la chambre	11
9.2. Transfert	11
9.3. Libération de la chambre	11
10. Assurance responsabilité civile (RC) du·de la résident·e	11
11. Assurance des effets personnels et biens de valeur	11
12. Durée du contrat et résiliation	12
12.1. Durée du contrat	12
12.2. Fin du contrat	12
12.3. Résiliation par l'établissement pour justes motifs.....	12
12.4. Fin du contrat en cas de décès	13
13. Plaintes	13
14. Dispositions finales	13
15. Annexes au contrat-type minimal d'hébergement en EMS	14

1. Obligation de l'établissement

L'établissement garantit au·à la résident·e le droit au respect de sa dignité et de son intimité : l'établissement contribue à soutenir le·la résident·e dans le maintien du contact avec son entourage.

L'établissement informe des démarches administratives nécessaires dans le cadre de l'hébergement, en particulier pour l'obtention des prestations d'aides individuelles auxquelles il·elle peut prétendre : prestations complémentaires (PC), assurance-vieillesse (AVS) /assurance-invalidité (AI), aide financière pour les personnes en EMS/EPSM (LAPRAMS) ainsi que l'allocation pour impotence (API) et des prestations de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) et il s'assure que ces démarches soient accomplies.

2. Collecte traitement, utilisation et échange de données personnelles et sensibles en respect à la loi sur la protection des données (LPrD)

En signant le présent contrat, le·la résident·e donne son accord pour que l'établissement puisse récolter, traiter et utiliser des données personnelles et sensibles (par ex. financières, sociales et médicales) le concernant, ceci aux fins de fournir des prestations de qualité et en adéquation avec sa situation. L'échange de données avec d'autres acteurs médico-sociaux est également possible (notamment avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), le Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO), le médecin traitant du·de la résident·e, en cas d'urgence ou si le·la résident·e n'a pas de médecin traitant, le médecin de l'établissement, la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (CCVD)).

La collecte, le traitement, l'utilisation et l'échange de ces données doivent se réaliser dans le respect des dispositions cantonales en la matière, notamment en regard des principes de proportionnalité, de finalité et de transparence (art. 5 et suivants de la loi du 11 septembre 2007 sur la protection des données personnelles (LPrD ; BLV 172.65).

3. Obligation du·de la résident·e

Lors de la signature du contrat, le·la résident·e s'engage à transmettre toutes les informations utiles sur son état de santé et, si le·la résident·e n'est pas autonome financièrement, à déclarer les prestations d'aides individuelles dont il·elle bénéficie (PC AVS/AI, LAPRAMS) et allocation pour impotence (API). Il·elle informe l'établissement de toute modification subséquente survenant en cours d'hébergement.

Le·la résident·e s'engage à traiter avec respect tout collaborateur·trice de l'établissement et les autres résident·e·s.

Le·la résident·e s'engage à respecter les règles internes de l'établissement, annexées au présent contrat.

Le·la résident·e s'engage à effectuer les démarches en vue d'obtenir les prestations des régimes sociaux auxquelles il·elle pourrait prétendre et affecter ces prestations et ses revenus au paiement de ses frais d'hébergement. Les rentes versées en début de mois doivent servir à acquitter la facture du mois en cours.

4. Prestations de l'établissement

4.1. Prestations socio-hôtelières comprises dans le forfait journalier

4.1.1. Les prestations de services comprises dans le forfait journalier sont les suivantes :

- mise à disposition d'une chambre :
 - individuelle (pouvant engendrer la facturation de prestations supplémentaires à choix (PSAC) selon l'établissement)
 - double
- service de restauration : petit-déjeuner, repas de midi et du soir ainsi que les collations ;
- service hôtelier incluant le service à table ou en chambre en cas de nécessité, le linge lavable en machine, le ménage et le service technique pour les infrastructures ;
- libre participation aux activités d'animation ;

- libre utilisation des locaux communs, en particulier des locaux de loisirs ;
- autres prestations socio-hôtelières conformes à l'article 12 du règlement précisant les conditions à remplir par les établissements sanitaires privés pour être reconnus d'intérêt public, au sens de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (RCLPFES).

4.1.2. Renonciation

La renonciation ou l'empêchement du·de la résident·e d'utiliser des prestations de service comprises dans le forfait ne donne pas lieu à une remise totale ou partielle du montant facturé.

4.2. Prestations socio-hôtelières non comprises dans le forfait journalier

4.2.1. Le forfait socio-hôtelier ne comprend pas les prestations ordinaires supplémentaires (POS) et les prestations supplémentaires à choix (PSAC), définies par le RCLPFES. Ces prestations sont facturées en sus du forfait journalier, selon la liste de prix émise par l'établissement, et transmise en annexe au·à la résident·e.

4.2.2. Les POS sont constituées des prestations ou articles usuels personnellement nécessaires. Ces frais peuvent être pris en charge de cas en cas, tout ou partiellement, par l'assureur maladie, l'AI ou les régimes sociaux (PC - remboursement des frais de maladie et d'invalidité, LAPRAMS).

4.2.3. Les PSAC sont constituées des prestations ou articles qui ne sont pas strictement nécessaires, librement choisis par le·la résident·e pour augmenter son confort. Ces frais sont entièrement à la charge du·de la résident·e et ne sont donc pas pris en compte dans les calculs de décision des régimes sociaux. L'établissement peut demander un acompte au·à la résident·e ayant recours à des PSAC.

Aucune prestation nécessitée par l'état de santé du·de la résident·e atteint·e d'affection chronique ne peut lui être facturée comme prestation supplémentaire, notamment l'hébergement en chambre individuelle, matelas alternating, etc. suite à une indication médicale (prescription).

4.2.4. Dès le moment où le·la résident·e renonce aux prestations choisies, non facturées à l'acte, celles-ci continuent d'être facturées, jusqu'à la fin du mois en cours, ou selon les délais de résiliation contractuels.

4.2.5. Si le·la résident·e est hospitalisé·e, les prestations ne sont plus facturées, à l'exception des prestations durables et régulières, notamment le supplément pour chambre individuelle, la location et l'abonnement d'un téléphone et d'une télévision.

4.2.6. Transport à but médical

En l'absence de solutions idoines (famille, transport handicap, taxi ou autres), l'établissement organise les transports à but médical nécessaires au·à la résident·e.

Lorsque l'établissement effectue les transports à but médical, il facture au·à la résident·e :

- un forfait d'accompagnement de CHF 30.- par période complète de 60 minutes si, dans le véhicule, le·la résident·e n'est accompagné·e que par le·la conducteur·trice,

ou

- un forfait d'accompagnement de CHF 50.- par période complète de 60 minutes si, dans le véhicule, le·la résident·e est accompagné·e par le·la conducteur·trice et une personne supplémentaire.

Dans tous les cas, le kilométrage est facturé au tarif conventionnel.

5. Prestations médicales et de soins

5.1. Médecin

5.1.1. Le·la résident·e est libre de choisir un·e médecin traitant·e. Il·elle est tenu·e d'en communiquer le nom à l'établissement. Faute de médecin désigné·e, le·la médecin responsable ou désigné·e par l'établissement est le·la médecin traitant·e du·de la résident·e. Il est recommandé de faire appel au·à la médecin proposé·e par l'établissement.

5.1.2. Dans les cas d'urgence et si le·la médecin traitant·e choisi·e par le·la résident·e n'est pas atteignable, l'établissement, prend les mesures nécessaires pour assurer les soins.

5.2. Pharmacie

Le·la résident·e peut s'adresser à la pharmacie de son choix. Il·elle est tenu·e d'en communiquer le nom à l'établissement. Un accord est conclu entre l'établissement et le·la pharmacien·e afin de fixer les modalités de collaboration. Il est recommandé de s'adresser à la pharmacie avec laquelle l'établissement a conclu un contrat de partenariat. Faute de pharmacie désignée, il·elle est approvisionné·e par la pharmacie avec laquelle l'établissement a conclu un contrat de partenariat.

5.3. Consentement aux soins

Sont applicables les dispositions des art. 23 ss de la LSP. La brochure « L'essentiel sur le droit des patients » est disponible auprès de l'établissement sur demande.

6. Conditions financières

6.1. Financement de l'hébergement médico-social

6.1.1. Détermination du tarif journalier

Le tarif journalier est déterminé par un arrêté du Conseil d'Etat (Arrêté fixant les tarifs socio-hôtelières (SOHO)). Il est sujet à une variation annuelle selon décision de l'autorité. L'établissement informe le·la résident·e des éventuelles modifications annuelles. La liste des tarifs est disponible sur le site de l'Etat de Vaud et est actualisée chaque année. Elle est également disponible auprès de l'établissement sur demande.

6.1.2. Prestations à charge du·de la résident·e

- le tarif journalier s'élève à CHF (valeur au moment de la signature du contrat et sujet à variation conformément au point 6.1.1). Il comprend le forfait journalier socio-hôtelier (point 4.1.) et la contribution aux charges d'entretien immobilier et aux charges mobilières ;
- la participation des résidents aux coûts des soins ;
- les POS (point 4.2.) ;
- les PSAC (point 4.2.) ;
- l'allocation pour impotence facturée en plus (point 7).

6.2. Facturation des prestations de soins

6.2.1. Prestations non facturées au·à la résident·e

Le matériel adéquat dont doit disposer l'établissement pour prodiguer des soins de base (art. 147 al.1 let e LSP), soit le matériel usuel et non nominatif, nécessité par les soins généraux (ciseaux, masques, gants etc.).

6.2.2. Prestations à charge des assureurs-maladie

- les prestations de soins dispensées dans l'établissement, sur ordre médical sur la base d'un forfait;

- le matériel ou les prestations pris en charge par l'assurance-maladie selon la liste des moyens et appareils (LiMA) utilisés par le·la résident·e directement ou, le cas échéant, avec l'aide d'intervenant·e·s non professionnel·le·s et professionnel impliqué·e·s dans l'établissement du diagnostic ou le traitement.

6.2.3. Prestations à charge du·de la résident·e

Ces prestations peuvent, en partie, être prises en charge par l'assurance-maladie du·de la résident·e ou par les régimes sociaux et comprennent, notamment :

- la quote-part et la franchise ;
- les honoraires médicaux ;
- les médicaments faisant partie de la liste des spécialités ;
- les séances de physiothérapie ;
- les séances d'ergothérapie
- les séances chez le dentiste ;
- les séances chez le podologue ;
- les examens complémentaires prescrits par le personnel compétent
- les examens de laboratoire ;
- les frais engendrés par la consultation du·de la médecin, notamment les frais de transport ;
- les coûts supplémentaires engendrés par l'approvisionnement dans une autre pharmacie que celle fournissant habituellement l'établissement.

6.2.4. Participation du·de la résident·e aux coûts des soins

La participation du·de la résident·e aux coûts des soins est fixée par arrêté du Conseil d'Etat (CE). Elle est limitée à 20% au plus de la contribution maximale de l'Assurance Obligatoire des Soins, selon l'art. 25a al. 5 LAMal et art. 7a al. 3 let I OPAS.

L'établissement communique au·à la résident·e le montant de cette participation et, cas échéant, sa modification.

6.3. Dépôt et autres garanties

6.3.1. Afin de garantir l'exécution des obligations du·de la résident·e envers l'établissement découlant du présent contrat, un dépôt jusqu'à un mois de frais d'hébergement peut être demandé au·à la résident·e.

Si le·la résident·e est au bénéfice ou dans l'attente de PC, aucun dépôt ne peut être demandé.

Dans le cas présent, l'établissement et le·la résident·e ne conviennent pas de dépôt.

Le dépôt doit être fourni avant l'entrée du·de la résident·e dans l'établissement et au plus tard dans les 15 jours qui suivent son admission. L'établissement dépose ce montant dans la banque de son choix.

6.3.2. Le montant du dépôt, intérêts générés compris, est déduit de la dernière facture, le solde est restitué au·à la résident·e ou à la succession.

6.3.3. L'établissement bénéficie d'un droit de rétention (art. 895 et suivants CC) sur les biens du·de la résident·e, hors montant pour dépenses personnelles (MDP), remis en dépôt à titre de garantie et pour le paiement des factures qui seraient dues. Les biens remis en dépôt font l'objet d'un inventaire signé par le·la résident·e. Ce·cette dernier·ière est informé·e du droit de rétention que l'établissement peut faire valoir à son encontre.

6.4. Facturation et paiement

6.4.1. Versement de la rente AVS/AI

La rente AVS/AI et l'allocation pour impotent sont incessibles et sont versées en principe au·à la résident·e.

6.4.2. Versement des prestations complémentaires (PC)

Les PC peuvent être versées en partie directement à l'établissement moyennant une cession par le·la résident·e et conformément à l'art. 21c OPC AVS-AI. Dans le cas présent, le·la résident·e et l'établissement ne conviennent pas du versement direct des PC à l'établissement.

6.4.3. Montant pour dépenses personnelles (MDP)

Si l'établissement reçoit les PC, ou s'il reçoit des avances sur dépenses personnelles, il a l'obligation de tenir un compte pour la gestion appelé « compte MDP ». Il y comptabilise les montants reçus et les dépenses.

Une copie de l'extrait de compte MDP est remis au moins une fois par semestre au·à la résident·e. Une copie des justificatifs est présentée sur demande.

6.4.4. Modalité de facturation

Les factures sont établies mensuellement et doivent être acquittées dans un délai de 10 jours, à compter de la date de facturation. Elles peuvent être transmises au début du mois en cours.

Elles précisent notamment :

- le montant global du prix de pension à charge du·de la résident·e ;
- le montant des charges d'entretien immobilier et des charges mobilières ;
- le montant correspondant à l'allocation pour impotence ;
- le montant détaillé des prestations supplémentaires, si l'établissement ne gère pas de compte pour les dépenses personnelles ;
- la participation du·de la résident·e aux coûts des soins.

Un extrait du compte de pension est remis sur demande du·de la résident·e.

6.4.5. Règlement

Le règlement des factures peut s'effectuer par un système de recouvrement direct (LSV). Dans le cas présent, l'établissement propose un système de recouvrement direct.

6.4.6. Le·la résident·e s'engage à payer le prix de pension établi selon les tarifs en vigueur, facturé par l'établissement et à affecter les prestations des assurances sociales au paiement de ses frais d'hébergement. Les rentes versées en début de mois doivent servir à acquitter la facture du mois en cours.

6.4.7. Le·la résident·e répond du paiement du prix de pension établi selon les tarifs en vigueur sur ses biens, en conformité à la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP).

6.4.8. A l'échéance du délai de 10 jours, l'établissement envoie un rappel, avec un délai de 20 jours pour le paiement de la facture. Il est dû de plein droit un intérêt de 5% sur toute facture échue depuis 30 jours. Cet intérêt ne peut pas être prélevé si le·la résident·e est dans l'attente de prestations d'aides individuelles des régimes sociaux (PC AVS/AI et/ou LAPRAMS). Durant cette attente, le·la résident·e s'engage, dans la mesure de ses moyens, à régler la facture de l'établissement.

7. Allocation pour impotence (API)

- 7.1.1. Le·la résident·e au bénéfice d'une allocation pour impotence, est tenu·e d'en informer l'établissement.
- 7.1.2. Le·la résident·e autorise l'établissement à se renseigner sur le droit éventuel à une allocation pour impotence et s'engage à signer la demande « Autorisation API EMS ».
- 7.1.3. L'établissement se réserve le droit de demander le versement rétroactif des montants de l'allocation pour impotence au·à la résident·e n'ayant pas rempli son devoir d'information.
- 7.1.4. L'obligation d'information vaut pour l'allocation existante à l'entrée dans l'établissement et lorsque le droit à l'allocation prend naissance en cours d'hébergement. Dans ce dernier cas, le·la résident·e est tenu·e d'informer l'établissement d'un éventuel versement rétroactif touchant la période d'hébergement.
- 7.1.5. L'établissement facture au·à la résident·e un supplément égal au montant de l'allocation mensuelle. Lorsque le·la résident·e entre ou quitte l'établissement en cours de mois, le montant de l'allocation est facturé proportionnellement. En cas d'hospitalisation, la facturation suit le calcul effectué par l'office AI ou AVS.
- 7.1.6. Dès que le·la résident·e quitte l'établissement plus de vingt-quatre heures, l'allocation correspondant aux jours d'absence est déduite de la facture (voir point 8.2).

8. Absences du·de la résident·e

8.1. Hospitalisation

- 8.1.1. L'établissement réserve le lit durant 60 jours au maximum. L'établissement peut convenir, avec l'hôpital, d'une prolongation de la réservation, après consultation préalable de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).
- 8.1.2. Durant la réservation du lit, le contrat peut être résilié, dans le respect du délai prévu au point 12.2. Le forfait journalier reste dû jusqu'à l'expiration du délai de résiliation, à moins que, dans l'intervalle, la chambre n'ait été réaffectée.
- 8.1.3. La facturation de l'allocation pour impotence s'effectue selon le point 7.1.5.
- 8.1.4. Le montant correspondant à la contribution du·de la résident·e aux frais d'hospitalisation est déduit du prix de pension (CHF 15.- valeur au moment de la signature du contrat et sujet à variation conformément à l'art. 104 OAMal), sur la facture du mois suivant. L'établissement peut demander une copie du décompte de l'assureur maladie.

8.2. Absence provisoire

- 8.2.1. L'établissement maintient la facturation, avec les déductions suivantes, effectuées pour chaque période de 24 heures :
 - un montant journalier de CHF 20.- (valeur au moment de la signature du contrat et sujet à variation conformément à la Convention SOHO) déduit sur le tarif hébergement,
 - la part de l'allocation pour impotence.

La participation du·de la résident·e aux coûts des soins n'est pas facturée durant l'absence.

- 8.2.2. Lorsque l'absence dépasse 15 jours consécutifs, l'établissement et le·la résident·e peuvent évaluer l'adéquation de la poursuite de l'hébergement.

8.3. Retard de l'entrée dans l'établissement

- 8.3.1. Si le·la résident·e n'entre pas dans l'établissement à la date d'admission convenue, l'établissement facture les frais de pension, dès le jour d'admission initialement fixé. Le cas de l'hospitalisation (point 8.1.) est réservé.

- 8.3.2. Le présent contrat prend automatiquement fin le dixième jour suivant le jour d'admission initialement fixé, si le·la résident·e n'est pas rentré·e dans l'établissement, sauf entente contraire et sous réserve du point 8.1 (hospitalisation). Les frais de pension sont dus à moins que la chambre n'ait déjà été réaffectée.

9. Chambre

9.1. Etat de la chambre

- 9.1.1. Un état des lieux peut être effectué. Le·la résident·e signale les défauts constatés par écrit à la direction de l'établissement dans un délai de dix jours dès l'admission.
- 9.1.2. Le·la résident·e, dans la mesure de son état de santé, s'engage à prendre soin de la chambre et à la restituer dans l'état où il·elle l'a reçue. Il·elle répond du dommage causé intentionnellement ou par négligence.
- 9.1.3. L'aménagement, l'équipement, les installations électriques ou techniques et les travaux ne peuvent être effectués sans l'accord de l'établissement. A défaut, une remise en l'état initial peut être exigée à charge du·de la résident·e.

9.2. Transfert

- 9.2.1. Pour assurer la qualité de la prise en charge, et notamment pour des questions de sécurité, l'établissement se réserve le droit de transférer le·la résident·e dans une autre chambre que celle attribuée lors de l'admission, après avoir examiné toutes les possibilités.
- 9.2.2. Avant tout transfert, l'établissement doit procéder à un examen attentif de la proportionnalité. Il doit requérir l'avis du médecin traitant et avoir cherché l'accord du·de la résident·e. Sur demande, la décision est motivée par écrit.

9.3. Libération de la chambre

- 9.3.1. Lorsque le·la résident·e quitte l'établissement, après résiliation du contrat, la chambre doit être libérée, au plus tard à la fin du délai de résiliation.
- 9.3.2. Lors du décès du·de la résident·e, la chambre doit être libérée dès que possible, mais au plus tard 3 jours à compter du décès, par l'établissement ou la famille, selon entente.
- 9.3.3. Si la chambre n'est pas libérée dans le délai fixé ou convenu, l'établissement effectue, à la charge du·de la résident·e ou de la succession, la garde des biens mobiliers, cas échéant le débarras, après avoir informé le·la résident·e (point 9.3.1.), respectivement la succession ou la Justice de Paix (point 9.3.2.).
- 9.3.4. En cas de décès, à l'issue de la liquidation de la succession, les héritier·ère·s disposent d'un mois pour récupérer les biens du·de la résident·e. Passé ce délai, l'établissement pourra librement en disposer.

10. Assurance responsabilité civile (RC) du·de la résident·e

- 10.1.1. Lors de l'admission, l'établissement et le·la résident·e s'assurent que le·la résident·e est suffisamment couvert·e par une assurance s'agissant d'actes pouvant engendrer sa responsabilité civile, à défaut de quoi ils s'entendent pour fixer la nature et l'étendue de la couverture d'assurance RC du·de la résident·e, ainsi que les modalités administratives et financières.

11. Assurance des effets personnels et biens de valeur

- 11.1.1. Lors de l'admission, les modalités financières et administratives, ainsi que la nature et l'étendue de la couverture d'assurance des effets personnels et des biens de valeurs du·de la résident·e, notamment celles liées aux vols avec effraction, aux dégâts d'eau et à l'incendie (dont la couverture est obligatoire sur le canton de Vaud) doivent être déterminées. Si nécessaire un inventaire de certains biens, notamment des meubles et tableaux, est établi

et signé par les parties.

- 11.1.2. Le·la résident·e doit signaler les éventuels biens de valeur à l'entrée dans l'établissement ainsi qu'au cours de l'hébergement. Il lui incombe de confier les biens de valeur et les sommes d'argent à l'établissement afin qu'ils soient déposés dans le coffre. Dans ce cas, ce sont les règles sur le contrat de dépôt qui s'appliquent (art. 472 à 475 du Code des obligations (CO)). Un inventaire détaillé de ces biens est établi et signé au moment du dépôt.

L'établissement se réserve le droit de refuser le dépôt de biens de valeur ou de sommes d'argent si leur conservation excède ce qui est raisonnable (taille ou valeur).

Le·la résident·e est informé·e des modalités financières et administratives, ainsi que de la nature et du montant de la couverture d'assurance des biens déposés au coffre.

Si le·la résident·e ne dépose pas les objets de valeur ou les sommes d'argent, l'établissement ne répond du dommage ou vol qu'en cas de faute de ce dernier ou de son personnel.

- 11.1.3. En cas de vol ou dommage des biens nécessaires à la vie de tous les jours (telles que lunettes, prothèses auditives, etc...), la responsabilité de l'établissement peut être engagée au sens de l'art. 487 à 489 CO. Les droits du·de la résident·e s'éteignent s'il·elle ne signale pas à l'établissement le dommage aussitôt après l'avoir constaté.

- 11.1.4. L'usure normale des effets personnels n'engage pas l'établissement.

12. Durée du contrat et résiliation

12.1. Durée du contrat

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

12.2. Fin du contrat

12.2.1. Résiliation par le·la résident·e

Le·la résident·e peut résilier le présent contrat en respectant un délai de préavis de dix jours. En cas de non-respect des dix jours, l'établissement est en droit de facturer les frais d'hébergement, jusqu'à l'expiration du délai de résiliation. Le·la résident·e doit s'acquitter des éventuelles factures en suspens.

12.2.2. Fin du contrat par consentement mutuel et ou transfert d'établissement

L'établissement et le·la résident·e peuvent, par accord mutuel, mettre fin au contrat de manière anticipée, sans respecter le délai prévu au point 12.2.1., ce notamment en cas de transfert vers un autre établissement. La journée de transfert entre deux établissements est facturée uniquement par l'établissement qui reçoit le·la résident·e.

12.3. Résiliation par l'établissement pour justes motifs

L'établissement peut résilier le présent contrat pour de justes motifs, moyennant le respect d'un délai de préavis de dix jours. Dès la notification de la résiliation, l'EMS informe le BRIO de la nécessité de trouver rapidement un nouveau lieu de séjour. La résiliation n'intervient toutefois que lorsqu'une solution est trouvée au sujet du nouveau lieu de séjour du·de la résident·e

Sont notamment considérés comme justes motifs :

- la conduite incompatible avec la vie en collectivité, le non-respect répété des égards dus aux autres résident·e·s et aux collaborateur·trice·s de l'établissement ;
- le changement de l'état de santé du·de la résident·e qui n'est plus en adéquation avec la mission et l'équipement de l'établissement ;
- le non-paiement fautif et récurrent des factures.

12.4. Fin du contrat en cas de décès.

Le contrat prend fin le jour du décès du·de la résident·e.

13. Plaintes

13.1.1. En cas de litige, le·la résident·e s'adresse en priorité à la direction de l'établissement. Les parties s'engagent à privilégier la communication et la médiation.

13.1.2. Les parties peuvent s'adresser également aux organismes représentant les intérêts des assuré·e s ou aux différentes instances de médiation et de plainte, notamment le le Bureau cantonal de médiation des patient·e·s, résident·e·s ou usager·ère·s d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs, la Commission d'examen des plaintes ou la Justice de paix, en cas d'incapacité de discernement du·de la résident·e.

14. Dispositions finales

14.1.1. Les parties se déclarent d'accord sur les termes du présent contrat, annexes comprises, et s'engagent à en respecter les dispositions.

Tout différend relatif au présent contrat est soumis à la juridiction des tribunaux du siège de l'établissement.

Fait à, le, en deux exemplaires.

Le·la résident·e

L'établissement

.....

.....

Le·la représentant·e

.....

15. Annexes au contrat-type minimal d'hébergement en EMS

- Liste et prix des POS
- Liste et prix des PSAC
- Règles internes en vigueur de l'établissement
- Bases légales applicables à l'hébergement médico-social
- Modèle de procuration
- Consentement à l'utilisation de données personnelles pour évaluer les prestations d'optimisation de l'usage des médicaments dans les structures d'hébergement

Bases légales applicables au contrat-type d'hébergement

- *Loi du 5.12.1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES ; BLV 810.01) ;*
- *Loi du 29.05.1985 sur la santé publique (LSP ; BLV 800.01) ;*
- *Loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS BLV 850.11) ;*
- *Loi du 24.04.2012 sur le financement résiduel des soins de longue durée en EMS (LFR-EMS ; BLV 810.04) ;*
- *Loi du 11.09.2007 sur la protection des données personnelles (LPrD ; BLV 172.65) ;*
- *Convention relative aux tarifs mis à charge des résidents et des régimes sociaux lors de l'hébergement dans les EMS (convention SOHO du 1^{er} janvier 2020) et ses avenants successifs ;*
- *Arrêté annuel du Conseil d'Etat fixant les tarifs socio-hôteliers mis à la charge des résidents et des régimes sociaux, lors d'hébergement dans les établissements médico-sociaux, les homes non médicalisés et les pensions psycho-sociales (Arrêté annuel SOHO) ;*
- *Arrêté annuel du Conseil d'Etat fixant les modalités du financement résiduel des coûts des soins de l'assurance-maladie, ainsi que la part des coûts des soins à la charge du résident, lors de séjour au sein d'établissements médico-sociaux ou de structures de soins de jour ou de nuit (Arrêté FinRes) ;*
- *Code civil suisse du 10.12 1907 (CCS ; RS 210), en particulier les dispositions du droit de la protection de l'adulte et de l'enfant (art. 360ss CC) ;*
- *Loi du 29.05.2012 d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant du 29 mai 2012 (LVPAE ; BLV 211.255) ;*
- *Législations sociales fédérales et cantonales en la matière ;*
- *A titre supplétif, notamment Code des obligations du 30.03.1911 (CO ; RS 220) et Loi du 11.04.1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP ; RS 281.1).*