

	ANNEXE N°1
	TARIFICATION

**Document
à conserver**

Tarifs applicables au 1er janvier 2024 :

Forfait journalier	
Forfait journalier de l'internat (à votre charge ou pris en charge par votre mutuelle)	20 €

Tarifs des prestations au 1er janvier 2024

Repas accompagnant	
Déjeuner ou dîner	13,80 €
Petit-déjeuner	3,20 €
Chambre mortuaire	
Chambre mortuaire par jour, à partir du 4ème jour	100,80 €

Tarifs de reproduction et d'envoi du dossier médical au 1^{er} janvier 2024

Copies	
Copie A4 / l'unité	0,30 €
Copie A3 / l'unité	0,40 €
Frais postaux (tarifs en vigueur)	
Frais postaux en recommandé avec accusé de réception 50g	Application tarifs postaux
Frais postaux en recommandé avec accusé de réception 100g	

Nos prix sont communiqués à titre indicatif et ne sont pas contractuels.

	ANNEXE N°2
	CONVENTION D'ADHESION A LA BANQUE DE LA MAS POUR LA GESTION DE L'ARGENT DE VIE

**Document
à renvoyer
complété et signé**



centre hospitalier du chinonais

Route départementale 751
BP 248 - 37500 CHINON

☎ : 02.47.93.75.15 - direction@ch-chinon.fr



Convention d'adhésion à la « Banque de la MAS » MAS DES SYLVES

La présente convention concerne exclusivement la conservation des :

↳ **Espèces** : numéraire détenu pour le compte du résident afin de financer les actes de la vie courante tels que notamment :

- Achats lors des sorties ou des activités à visée thérapeutique
- Denrées alimentaires périssables
- Frais postaux

↳ **Moyens de paiements** : cartes bancaires, chéquiers, bons de valeurs ou d'achat, carte cadeaux

détenus pour le compte des résidents de la MAS.

Je soussigné(e) (nom/prénom du résident ou de son représentant légal), ,
donne mandat au Centre Hospitalier du Chinonais représenté par sa Directrice pour recevoir, détenir et reverser des fonds et moyens de paiement en mon nom et pour mon compte dans les limites stipulées à la présente convention.

Les dépôts et retraits d'espèces effectués auprès de la Banque de la MAS seront effectués à ma demande, en mon nom et pour mon compte, et donneront lieu à remise d'une quittance nominative signée par un agent habilité par l'établissement et indiquant le montant retiré ou déposé, la date, l'identité du remettant et l'identité du bénéficiaire.

Les dépôts et retraits des moyens de paiement (CB, chéquiers, bons de valeurs ou d'achat, cartes cadeaux) auprès de la Banque de la MAS s'effectueront à ma demande, contre signature horodatée d'un agent habilité par l'établissement et du bénéficiaire sur une fiche de suivi individuelle.

Un état des fonds et moyens de paiement détenus pourra être produit sur demande.

La présente convention prendra effet à compter de sa signature et cessera à ma demande ou, au plus tard, lors de la fin de mon séjour au sein de l'établissement. La restitution de mon solde de fonds disponible et de mes moyens de paiement sera inscrite dans mon inventaire de sortie, signé par mes soins.

A Chinon, le

Nom et signature du résident ou de son
représentant légal

|

**ANNEXE N°3****TABLEAU DE PRISE EN CHARGE DES DEPENSES
DE SOINS EN SECTEUR MEDICO-SOCIAL****Document
à conserver**

En application :

- Des articles R314-168 du CASF
- Du décret 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financements des Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- De l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins
- De l'arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins
- De l'arrêté du 30 juin 2021 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins

DESIGNATION DES PRESTATIONS	A la charge du résident ou de sa caisse d'assurance maladie	A la charge de l'établissement
Honoraires des médecins spécialistes libéraux	OUI	NON
Honoraires des médecins spécialistes Consultations à l'hôpital	OUI	NON
Honoraires des autres auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, orthophonistes, etc...) intervenant dans l'établissement sur prescription	NON	OUI
Honoraires des chirurgiens-dentistes	OUI	NON
Frais de prothèses dentaires, soins conservateurs dentaires	OUI	NON
Appareil auditif	OUI	NON
L'optique médicale : verres médicaux, montures, lentilles	OUI	NON
Transports sanitaires (ambulance, VSL, etc....) pour dépenses des soins à la charge du résident	OUI	NON
Séances de dialyse	OUI	NON
Analyses de biologie	NON	OUI
Actes de radiologie conventionnelle	NON	OUI
Coronarographies et radiothérapie (sans hospitalisation)	OUI	NON
Scanners, IRM, Scintigraphies	OUI	NON
Frais d'hospitalisation	OUI	NON
Médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux	NON	OUI
Médicaments inscrits sur la liste des spécialités agréées aux collectivités	NON	OUI
Médicaments réservés à l'usage hospitalier	OUI	NON
Fauteuil roulant affecté à un résident particulier pour un handicap particulier	OUI	NON
Bouteilles d'oxygène	NON	OUI
Dispositifs médicaux selon la liste limitative ci-après : - Abaisse-langue sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte. - Accessoires pour électrocardiogramme sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte. - Crachoir. - Doigtier sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte. - Fil à sutures sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.	NON	OUI

- Gant stérile sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte. - Garrot sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte. - Masque. - Bande de crêpe et de contention. - Articles pour pansements. - Dispositif médical pour autocontrôle (urine, sang). - Nutriment pour supplémentation orale et nutriment pour supplémentation entérale. - Sondes naso-gastriques ou naso-entérale. - Dispositif médical pour incontinence urinaire à l'exclusion des stomies. - Sonde vésicale pour hétérosondage intermittent. - Seringue et aiguille sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte. - Chaussures thérapeutiques à usage temporaire		
--	--	--

Les actes non pris en charge dans le cadre du forfait global des soins peuvent faire l'objet d'un remboursement par **les organismes de sécurité sociale et éventuellement par les mutuelles complémentaires** selon les modalités propres à ces organismes et suivant le taux de prise en charge de chacune d'elles.

Je soussignée(e) :

☐ Madame
 ☐ Monsieur

Nom Prénom

Né(e) le/...../..... à

Entré(e) le/...../..... au sein de l'Etablissement (service) :

Ci-après dénommé(e) « La personne accompagnée »

Représenté(e) par,

☐ Madame
 ☐ Monsieur

Nom Prénom

Né(e) le/...../..... à

Demeurant (adresse complète)

Téléphone(s)

Agissant en qualité de :

☐ Conjoint(e)
 ☐ Fils - Fille
 ☐ Père
 ☐ Mère
 ☐ Tuteur
 ☐ Curateur

☐ Autre (précisez) :

Ci-après dénommé(e) « Représentant légal et/ou famille et/ou proche » :

☐ Accepte de céder	☐ N'accepte pas de céder	au Centre Hospitalier du Chinonais, les droits qu'il détient sur l'image de la personne accompagnée nommée ci-dessus telle que reproduite sur les photographies réalisées dans le cadre d'activités internes du Centre Hospitalier du Chinonais. En cas de cession du droit à l'image, la personne accompagnée autorise le Centre Hospitalier du Chinonais à fixer, reproduire, communiquer et modifier par tout moyen technique les photographies réalisées dans le cadre du présent contrat. Les photographies pourront être reproduites en partie ou en totalité sur tout support (papier, numérique, magnétique, tissu, plastique etc.) et intégrées à tout autre matériel (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations etc.) connus et à venir pour une utilisation interne au Centre Hospitalier du Chinonais
☐ Autorise	☐ N'autorise pas	L'affichage des nom, et prénom, ainsi que la photographie sur la porte de la chambre de la personne accompagnée
☐ Autorise	☐ N'autorise pas	L'utilisation et le stockage de la photographie dans les outils numériques de l'établissement (dossier patient informatique, logiciel de commande des repas, ...), et sur les supports de traitements médicamenteux, uniquement à des fins thérapeutiques et ce en lien avec les bonnes pratiques d'identitovigilance.
☐ Autorise	☐ N'autorise pas	L'affichage des nom, prénom, date de naissance ainsi que la photographie de la personne accompagnée sur le tableau des anniversaires affiché dans la salle à manger

Pour toute diffusion externe de l'image de la personne au Centre Hospitalier du Chinonais, le consentement de la personne accompagnée, ou de son représentant, sera recueilli expressément et de manière complémentaire, à chaque fois qu'une diffusion externe sera envisagée (notamment dans les différents médias presse ou reportage télévisé).

Il est entendu que le Centre Hospitalier du Chinonais s'interdit expressément, une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée de la personne accueillie, et une diffusion sur tout support à caractère pornographique, xénophobe, violent ou illicite.

Toute contestation relative à l'interprétation et/ou l'exécution des dispositions du présent contrat sera exclusivement portée devant les tribunaux compétents statuant en droit français.

Fait à,

Le/...../.....

Durée de validité : 1 an

Signatures (nom – prénom) :

Représentant de l'Etablissement

Personne accompagnée

Représentant légal

Et/ou famille et/ou proche

**UNE PERSONNE DE CONFIANCE EN SECTEUR MEDICO-SOCIAL :
QU'EST-CE QUE C'EST ? – COMMENT LA DESIGNER ?**

Toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social **peut** désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

1. Quel est son rôle ?

La personne de confiance a plusieurs missions :

Accompagnement et présence :	La personne de confiance peut si vous le souhaitez : - être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui et, chaque fois que nécessaire, du médecin coordonnateur si la structure d'accueil est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). ⇒ Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien. - vous accompagner dans vos démarches liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions. - assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
Aide pour la compréhension de vos droits :	Votre personne de confiance sera consultée par l'établissement au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits. Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions. La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.

2. Qui peut la désigner ?

Toute personne majeure prise en charge par une structure sociale ou médico-sociale.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Si vous bénéficiez d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle) **pour les actes relatifs à la personne**, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles. Votre tuteur sera le relai de votre demande. Lorsque la personne de confiance a été désignée avant la décision d'une telle mesure de protection judiciaire pour la personne âgée, le conseil de famille ou le juge peut soit confirmer sa mission, soit la révoquer.

3. Qui peut être la personne de confiance ?

Vous pouvez désigner comme personne de confiance toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche,

votre médecin traitant.

Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée.

La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation. Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

4. Est-ce la même personne de confiance que lorsque je suis hospitalisé(e) ?

Pas forcément car elles n'ont pas tout à fait les mêmes missions.

Rappel : rôle de personne de confiance désignée pour la santé

- ⇒ Accompagnement dans vos démarches liées à votre santé
- ⇒ Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale et sera consultée en priorité pour être votre porte-parole.

Si vous souhaitez que la personne de confiance désignée pour votre prise en charge médico-sociale soit la même en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie... **vous devrez l'indiquer expressément** dans le formulaire de désignation remis.

4. Quand la désigner ?

Vous pouvez la désigner lorsque vous le souhaitez.

Lors du début d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, qu'elle soit effectuée par un service ou dans un établissement d'hébergement, il vous sera proposé, si vous n'aviez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance.

- ⇒ Si vous avez déjà désigné une personne de confiance pour votre santé notamment au cours d'une hospitalisation, il sera nécessaire de faire une nouvelle désignation même si vous souhaitez la conserver.

La désignation de la personne de confiance du secteur social et médico-social est valable sans limitation de durée, sauf si vous l'avez nommé pour une autre durée plus limitée.

5. Comment la désigner ?

La désignation se fait par écrit. Un formulaire vous sera remis mais vous pouvez également le faire sur papier libre.

La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire.

Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment. Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation.

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen du formulaire proposé, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

6. Comment faire connaître ce document et le conserver ?

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe de prise en charge que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et d'en donner une copie.

Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés.

**ANNEXE N°6****DEMANDE DE COMMUNICATION
DU DOSSIER MEDICAL****Document
à renvoyer
complété et signé****Demandeur****si besoin**

Nom de naissance :

Nom d'usage : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Qualité (cocher la case correspondante) : ☐ Hospitalisé(e) ou consultant(e) ☐ Conjoint(e)
☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Fils - Fille ☐ Autre**Désignation du dossier demandé**

Nom de naissance :

Nom d'usage : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Séjour(s) :☐ Séjour ☐ Consultation(s) / soins

Du/...../..... au/...../..... Service :

☐ Séjour ☐ Consultation(s) / soins

Du/...../..... au/...../..... Service :

☐ Séjour ☐ Consultation(s) / soins

Du/...../..... au/...../..... Service :

Modalités de communication souhaitées :☐ Consultation sur place ☐ Copie du dossier médical☐ Envoi au Docteur

Adresse :

Code Postal : Ville :

La personne fait-elle l'objet d'une : ☐ Tutelle ☐ Curatelle

Si oui, nom et coordonnées du tuteur ou de l'organisme de tutelle :

Motif de la demande (si le dossier concerne une personne décédée) :☐ Connaître les causes de la mort ☐ Défendre la mémoire du défunt ☐ Faire valoir vos droits**Je déclare avoir pris connaissance du montant des frais de copie et d'envoi et je m'engage à m'en acquitter dès réception de mon dossier.****Date :****Signature**

- ➔ La présente demande doit être adressée à :
Direction du Centre Hospitalier du Chinonais - B.P. 248 - 37502 CHINON Cedex

Accompagnée de la **copie recto - verso d'une pièce d'identité.**

Cas des ayants-droit :

- copie recto-verso de votre carte d'identité
- tout document établissant votre qualité d'ayant-droit (ex. : attestation établie par le notaire chargé du règlement de la succession – copie du livret de famille)

- ➔ Le médecin détenteur du dossier peut, s'il le juge nécessaire, recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation.
- ➔ Les informations contenues dans le dossier sont **strictement personnelles. Leur caractère confidentiel vis-à-vis de tiers** (famille, entourage, employeur, banquier, assureur,...) **doit être préservé.**
- ➔ **Les frais de délivrance des copies et d'envoi sont à la charge du demandeur et sont visibles sur l'annexe n°1 - Tarification.**

	ANNEXE N°7	Document à conserver
	COMMISSION DES USAGERS	

Mission

La Commission des Usagers instituée par le Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches.

Elle contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

La liste nominative des membres de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge du Centre Hospitalier du Chinonais est arrêtée suivant la décision n°8/2017 du 11 janvier 2017.

Composition

Membres titulaires

- **Président**

Mme KANITZER Cécile – Coordinatrice Générale des Soins, Directeur de la Qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers

- **Vice-Présidente**

Mme LEGENDRE Marie-Laure – Représentant des usagers – Addiction Alcool Vie Libre

- **Médiateur médecin**

Dr HELIE Agnès, Praticien hospitalier – Service Soins Palliatifs et Douleur – Médecin référent Consultations externes

- **Médiateur non médecin**

Mme DESBRUERES Nathalie – Cadre de santé – Urgences/SMUR/HTCD

- **Représentants des usagers**

M. VERNEAU Jean-Jacques – UNAFAM

- **Représentante de la CSIRMT**

Mme AUDUSSEAU Marie-Noëlle – Infirmière – Hopital de jour de Psychiatrie adulte

Membres suppléants

- **Médiateur médecin**

Dr GÉRARD Sylvie – Praticien hospitalier - Hôpital de jour d'Oncologie

- **Médiateur non médecin**

Mme AUDUSSEAU Marie-Noëlle – Infirmière - Hôpital de jour de Psychiatrie adulte

- **Représentants des usagers**

M. CORDIER Anne-Marie – UDAF

M. BERNARD Claude – Addiction Alcool Vie Libre

- **Représentante de la CSIRMT**

Mme CABANEL Valérie – Cadre Supérieur de Santé – Pôle SSR Gériatrie

Vous pouvez contacter la CDU au :

**Secrétariat de Direction - Centre Hospitalier du Chinonais - B.P. 248 - 37502 CHINON Cedex
02 47 93 75 82 - usagers@ch-chinon.fr**

	ANNEXE N°8
	CONSEIL DE VIE SOCIALE DE LA MAS DES SYLVES

**« Le Conseil de Vie Sociale est un lieu d'échanges et d'expressions
sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de
l'établissement dans lequel est accueilli l'usager »**

Le Conseil de vie sociale de la MAS des Sylves a été réélu le **1^{er} juillet 2024**, pour une durée de 3 ans.

Représentants des résidents élus

Madame Jessica CHMIELARSKI, titulaire

Madame Stéphanie MICHARDIERE, suppléante

Représentants des familles et des mandataires à la protection des majeurs élus

Madame Jocelyne PASQUET, titulaire

Monsieur Yves RENOUX, titulaire

Madame Sylvie DELAGE, suppléante

Madame Virginie BEAUPLAN, suppléante

Représentants du personnel élus

Madame Anne Christelle JOLLIT, titulaire

Madame Sarah FERREIRA, suppléante

Représentants de la MAS à titre consultatif

Le Directeur ou son représentant

Le Cadre de Santé

Toute personne invitée en rapport avec l'ordre du jour

	ANNEXE N°9
	CHARTRE DE BIENTRAITANCE

« Dans un lieu comme la MAS, être bientraitant c'est donner du sens à la vie en respectant la personne dans son identité. »

USAGERS, VOS DROITS

Charte de la bientraitance



Adopter en toute circonstance une attitude professionnelle d'écoute et de discernement à chaque étape du parcours de l'usager.



Donner à l'usager et à ses proches une information accessible, individuelle et loyale.



Garantir à l'usager d'être coauteur de son projet en prenant en compte sa liberté de choix et de décision.



Mettre tout en œuvre pour respecter l'intégrité physique et psychique, la dignité et l'intimité de l'usager.



S'imposer le respect de la confidentialité des informations relatives à l'usager.



Agir contre la douleur aiguë et/ou chronique physique et/ou morale.



Accompagner la personne et ses proches dans la fin de vie.



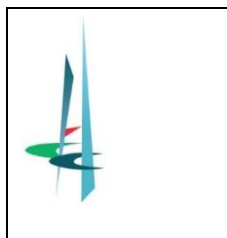
Rechercher constamment l'amélioration des prestations d'accueil, d'hôtellerie, d'hygiène, de transports, etc.



Garantir une prise en charge médicale et soignante conforme aux bonnes pratiques et recommandations.



Evaluer et prendre en compte la satisfaction des usagers et de leur entourage dans la dynamique d'amélioration continue des services proposés.

**CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA
PERSONNE ACCUEILLIE**

Charte des droits et libertés de la personne accueillie selon l'Arrêté du 8 septembre 2003, mentionnée à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles Article L311-4 (Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I, II, art. 8 - Journal Officiel du 3 janvier 2002)

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :

- a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L6121-9 du Code de la santé publique ;
- b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L311-7.

Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. Le contenu minimal du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge est fixé par voie réglementaire selon les catégories d'établissements et de personnes accueillies.

1 Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

2 Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

3 Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine. La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

4 Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- 1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- 3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au Code de la santé publique. La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

5 Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

6 Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin. Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

7 Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes. Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

8 Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées. Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

9 Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement. Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice. Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

10 Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

11 Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

12 Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

13 Informatique et libertés

Les informations recueillies lors de votre consultation ou de votre hospitalisation, font l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un traitement informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques à usage du service. Ces informations sont réservées à l'équipe médicale qui vous suit ainsi que pour les données administratives, au service de facturation. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de cet établissement en passant par son secrétariat au 02 47 93 75 82 ou par mail : direction@ch-chinon.fr

Tout médecin désigné par vous peut également prendre connaissance de l'ensemble de votre dossier médical. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour plus d'information sur la loi Informatique et Libertés, vous pouvez consulter le site Internet de la CNIL.

	ANNEXE N°11
	COORDONNEES ALLO MALTRAITANCE

Humiliation, **insultes**,
violences, escroquerie, **enfermement**,
négligences...

Appelez le **3977**

Le **numéro national d'appel**
contre la maltraitance
envers les personnes âgées
et les personnes handicapées

du lundi au vendredi
de 9 h à 19 h

Coût d'un appel local depuis un téléphone fixe.

Des professionnels **vous écoutent**,
vous soutiennent, vous orientent.

www.travail-solidarite.gouv.fr

Conception et réalisation : DDCM / Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité • Janvier 2008 • DDCM 08010

Personnes âgées
personnes
handicapées



La **maltraitance**
est une **réalité**
il faut en **parler**

Victimes ou témoins, appelez le :

3977

Des professionnels **vous écoutent**,
vous soutiennent, vous orientent.



la maltraitance

La maltraitance dont les **personnes âgées** et les **personnes handicapées** peuvent être **victimes** est un phénomène complexe. La notion de **maltraitance** renvoie une diversité de situations allant de la négligence à la violence.

Elle correspond le plus souvent à une succession de petits actes qui, réunis, créent les conditions de l'isolement et de la souffrance des personnes.

Quelques exemples de maltraitance :

- brutalité, sévices ;
- infantilisation, humiliation ;
- abus de confiance ;
- défaut de soins ;
- privation ou violation de droits.

Chacun d'entre nous peut y être confronté dans son environnement familial, privé ou professionnel.

La maltraitance peut exister à domicile ou en établissement. Elle concerne les personnes âgées comme les personnes handicapées.

Elle **doit être combattue** avec détermination pour protéger toutes celles et tous ceux, en situation de fragilité, qui ne peuvent se défendre.

appelez

le **3977**

**un numéro national unique
et un traitement local des situations**

Numéro national unique

Ouvert

du lundi au vendredi de 9 h à 19 h

coût d'un appel local depuis un téléphone fixe

Ce numéro est destiné

- aux personnes âgées et aux personnes handicapées, victimes de maltraitances ;
- aux témoins de situations de maltraitance, entourage privé et professionnel ;
- aux personnes prenant soin d'une personne âgée ou handicapée et ayant des difficultés dans l'aide apportée.

Des professionnels à votre écoute

Vous trouverez écoute spécialisée, soutien, conseils.

Un suivi de chaque situation

Si vous le souhaitez, une prise en charge de proximité sera réalisée par les acteurs locaux.



ANNEXE N°12

PLAN DE LA MAS DES SYLVES

**Document
à conserver**



	ANNEXE N°13
	DON D'ORGANES FORMULAIRE DE REFUS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NATIONAL DES REFUS

1/ JE COMPLETE LES INFORMATIONS SUIVANTES

Cocher la ou les cases de votre choix

☐ 1^{ère} demande d'inscription Ou ☐ Modification d'inscription

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom(s) (selon l'ordre à l'état civil) :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Né(e) le (jour/mois/année) :/...../..... Cette inscription n'est possible qu'à partir de l'âge de 13 ans

Lieu de naissance, ville :

Code postal (si France) : Pays :

Adresse (domicile) :

Code postal : Ville :

E-mail :

2/ JE M'OPPOSE AU PRELEVEMENT DE TOUT OU PARTIE DE MON CORPS APRES MA MORT

Cocher la ou les cases de votre choix

OPPOSITION pour **TOUS LES ORGANES** :

☐ Oui ☐ Non

OPPOSITION pour **TOUS LES TISSUS** :

☐ Oui ☐ Non

----- **OU** -----

OPPOSITION pour les **SEULS organes suivants** :

☐ Foie ☐ Reins ☐ Cœur ☐ Poumons ☐ Pancréas ☐ Intestins

OPPOSITION pour les **SEULS tissus suivants** :

☐ Cornées ☐ Peau ☐ Vaisseaux ☐ Valves ☐ Os / Tendons / Cartilages

OPPOSITION pour la recherche scientifique (attention : différent du don du corps à la science)

☐ Oui ☐ Non

OPPOSITION pour autopsie médicale (pour rechercher la cause du décès) *exceptées les autopsies judiciaires auxquelles nul ne peut se soustraire*

☐ Oui ☐ Non

3/ JE SOUHAITE QUE MA CONFIRMATION D'INSCRIPTION ME SOIT ENVOYEE

Cocher la ou les cases de votre choix

☐ Par courrier Ou ☐ Par mail

Date :/...../..... Signature :

4/ JE RETOURNE CE FORMULAIRE SOUS ENVELOPPE AFFRANCHIE AU TARIF LETTRE en joignant obligatoirement une photocopie lisible d'une pièce d'identité officielle (carte d'identité, permis de conduire, titre de séjour, passeport,...) à :

Agence de la biomédecine
Registre national des refus
 1 avenue du Stade de France
 93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

INFORMATIONS :

Les informations nominatives vous concernant sont enregistrées dans le système informatique du registre national des refus. Elles sont confidentielles et, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez du droit d'accès et de rectification en écrivant au registre national des refus, à l'adresse ci-dessus, en joignant la copie d'une pièce d'identité.

Les informations recueillies dans ce formulaire sont traitées par l'Agence de la biomédecine en sa qualité de responsable du traitement au sens de la loi n°78-17 du 17 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Je reconnais avoir été informé(e), conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, qu'un défaut de réponse aux questions ne permettrait pas le traitement de ma demande.

Pourquoi réalisons-nous ce traitement de données personnelles et pour quelles finalités ?

L'Agence de la biomédecine est une agence nationale de l'Etat créée par les lois de bioéthique. Elle exerce ses missions dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que dans les domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines.

Les données traitées au travers de ce formulaire nous permettent d'assurer le fonctionnement et la gestion du registre national automatisé des refus de prélèvement conformément aux dispositions du code de la santé publique. Ce registre permet à toute personne majeure ou mineure âgée de 13 ans au moins de s'inscrire sur le registre afin de faire connaître qu'elle refuse qu'un prélèvement d'organes ou de tissus soit opéré sur son corps après son décès, soit à des fins thérapeutiques, soit pour rechercher les causes du décès, soit à d'autres fins scientifiques, soit dans plusieurs de ces trois cas.

Ce registre permet d'apporter une réponse aux demandes des établissements de santé qui doivent obligatoirement l'interroger préalablement à tout prélèvement à des fins thérapeutiques ou aux fins de recherche des causes du décès ou à d'autres fins scientifiques sur une personne décédée.

Quelles sont les données personnelles qui sont traitées ?

Les données traitées sont les informations mentionnées dans le formulaire d'inscription relatives à votre identité (nom, prénom, civilité, date et lieu de naissance), vos coordonnées, et les éventuelles oppositions au prélèvement d'organes ou de tissus en cas de décès.

Ces informations sont indispensables à la gestion de votre demande et, sans elles, nous ne pourrions l'instruire et valider l'inscription au registre.

Qui aura accès à ces données ?

Pendant toute la durée de leur traitement, ces données personnelles font l'objet d'une protection particulière. Outre les mesures de sécurité mises en œuvre, l'Agence de la biomédecine s'assure en effet en permanence que seules certaines personnes habilitées puissent avoir accès à ces informations (personnels de l'Agence habilités). Nous veillons strictement à ce que les données recueillies ne soient jamais détournées ou utilisées à d'autres finalités qu'une interrogation après le décès.

Quels sont mes droits sur ces données ?

Les utilisateurs disposent pendant toute la durée du traitement d'un droit d'accès, de modification et de rectification sur leurs données personnelles. Ces droits peuvent être exercés en écrivant au registre national des refus à l'adresse ci-dessus en y joignant la copie d'un justificatif d'identité comportant votre signature.

Qui assure le traitement de données personnelles ?

Le registre est géré par l'Agence de la biomédecine, agence nationale de l'Etat créée par les lois de bioéthique, en qualité de responsable du traitement des données personnelles (encadrée par la loi « Informatique & Libertés » du 6 janvier 1978) et dont le siège social se situe au 1 avenue du Stade de France, 93212 SAINT DENIS LA PLAINE Cedex (n° SIRET 180 092 587 00013).