

## Règles de vie de l'U.M.N

L'Unité Méditerranéenne de Nutrition est un lieu de soin à part entière. Ces règles de vie entrent dans le « cadre de soin », que vous définirez avec l'ensemble de l'équipe médicale, il requiert donc votre entière adhésion.

Le non-respect de ces règles implique une remise en cause, du soin et /ou de la sécurité des lieux et des personnes. Il peut donner lieu à l'exclusion de l'établissement.

Pour les équipes, ce règlement que vous devez signer et sur lequel vous vous engagez, est aussi un document contractuel. Chaque membre de l'équipe est habilité à faire respecter ce document.

1 – Pour le bon déroulement des ateliers et le respect des autres patients, l'**accueil** se fait à partir de **9H**.

Vous devez respecter l'ensemble des jours et horaires des venues ainsi que la programmation des activités et consultations de votre projet thérapeutique.

Pour tout empêchement, veuillez prévenir et justifier votre absence ou retard au plus tard 48 h avant auprès du secrétariat au **04 91 20 37 30**.

2- Les **sorties temporaires** sont autorisées uniquement pour les personnes majeures et sur validation de l'équipe.

3- Pour votre sécurité, nous vous demandons de ne pas emmener de **boissons alcoolisées et drogues**.

4 – Nous vous conseillons de ne pas apporter d'**objets de valeur** (argent, cartes de crédit, documents...) ou de les déposer au coffre de la clinique, qui ne pourra toutefois pas recevoir d'objets volumineux (ordinateur portable, sac à main, attaché case...).

Des vestiaires sécurisés sont également à votre disposition pour déposer vos effets personnels.

La direction n'est pas responsable des vols ou de la disparition d'objets personnels.

5 – Pour respecter le **secret médical**, enregistrer, photographier, et filmer dans l'enceinte de l'établissement est strictement interdit, il en est de même de la diffusion de tous documents sur les réseaux sociaux.

6– **Une tenue vestimentaire** correcte et une attitude respectueuse (absence de comportements équivoques) sont exigées de tous.

Pour votre confort, il est vous ai demandé d'apporter pour les activités physiques et sportives :

- Une tenue adaptée (jogging et/ou short, tee-shirt et/ou débardeur, chaussures de sport)
- Une bouteille d'eau

7 – L'**accès au restaurant** est soumis à un règlement intérieur spécifique ainsi qu'à des règles

d'hygiène et il est demandé au patient de s'y conformer.

8 - Les **téléphones portables** devront être éteints lors des repas, activités, consultations et temps calmes.

9 – Conformément au décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'**interdiction de fumer** dans les lieux affectés à un usage collectif il est demandé ne pas fumer au sein de l'unité (même avec les fenêtres entrouvertes). L'interdiction de fumer s'entend sans distinction de contenu ou d'outil. Sont donc interdits tous les dispositifs avec fumée et sans, comme la cigarette électronique par exemple.

**CONDUITE A TENIR EN CAS D'INCENDIE** : les consignes sont affichées à chaque entrée de service. Les patients sont priés d'en prendre connaissance dès leur arrivée dans l'établissement.

## CONSEQUENCES DU NON RESPECT DU PRESENT REGLEMENT INTERIEUR

La Direction et les Médecins de l'unité déclinent toute responsabilité concernant les sorties sans permission, transactions, trafics, pertes d'argent ou d'objets de valeur, incidents ou accidents, quels qu'ils soient et qui pourraient survenir si les patients et leurs familles (ou correspondants, accompagnateurs et visiteurs) enfreignaient les règles susnommées ou contrevenaient à tout ou partie des règlements écrits de l'unité.

Dans le cas du non-respect de ces règles de vie l'interruption de l'hospitalisation pourra être prononcée par le Directeur après avis médical. Il s'agit là d'une **sortie disciplinaire**. Il en sera de même, si le patient se rend responsable à l'occasion de sorties, d'incidents graves à l'extérieur de l'unité ou d'actes de violence.

**NB** : Les dégradations, volontaires et involontaires au sein de l'unité, seront facturées au patient ou à sa famille.

L'établissement ne peut admettre ou conserver les patients atteints de maladies contagieuses, les patients agités, les patients refusant de collaborer avec l'équipe soignante ou de suivre les prescriptions à visée thérapeutique.

Dans ces cas précis, l'unité se réserve le droit de refuser une hospitalisation ultérieure.

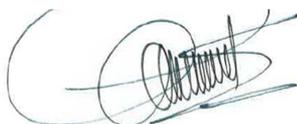
Date :...../...../20.....

Nom et prénom du patient ou de son représentant légal

.....

Signatures :

Directrice



Médecin Coordonnateur



Référent admission



Patient

# Engagements patient

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, l'enfant,..... ,  
reconnais avoir reçu :

- le livret d'accueil de l'établissement et ses annexes
- une information sur mes droits et mes devoirs ainsi que l'ensemble des règles de vie à respecter au sein de l'U.M.N.

Fait à Marseille, le.....

Signature, précédée de la mention « *lu et approuvé* »

Le patient

Le personnel administratif et soignant



# Consentement éclairé du patient - Adulte

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,..... ,  
certifie avoir été informé(e) par l'équipe médicale de l'**Unité Méditerranéenne de Nutrition**  
de Marseille :

- de l'intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire de ma pathologie et de ses conséquences sur ma santé,
- de l'importance de ma participation et implication à mon projet de soins personnalisés,
- des bénéfices risques liés à mon hospitalisation.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité, mais une reconnaissance d'information.

Le .....

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Le patient

Dr.....

*Médecin responsable*

# Consentement éclairé du patient – Enfant

Je soussigné(e), M..... (père) et/ou  
Mme..... (mère),  
titulaire(s) de l'autorité parentale de l'enfant.....,  
certifie avoir été informé(e) par l'équipe médicale de **l'Unité Méditerranéenne de Nutrition**  
de Marseille :

- de l'intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire de la pathologie de mon enfant et de ses conséquences sur sa santé,
- de l'importance de sa participation et son implication à mon projet de soins personnalisé,
- de l'importance de ma participation et mon implication au projet de soins de mon enfant,
- des bénéfices risques liés à son hospitalisation.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité, mais une reconnaissance d'information.

Le .....

Signatures précédées de la mention « *lu et approuvé* »

Le père

La mère

Le patient

Dr.....

*Médecin responsable*

# Désignation d'une personne de confiance

LOI DU 4 MARS 2002 - Article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e), Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Admis(e) à l'U.M.N,

À compter du.....pour la durée de ma prise en charge,

## SOUHAITE, DESIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne pourra :

- Vous accompagner pour toutes vos démarches durant votre hospitalisation,
- Assister à certains entretiens médicaux,
- Vous aider dans la prise de certaines décisions,
- Etre consultée par le médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer vous-même votre volonté et de recevoir l'information.

**En aucun cas, la personne de confiance ne peut accéder à votre dossier médical en dehors de votre présence et sans votre accord exprès.**

Cette désignation est valable pour toute la durée de l'hospitalisation sauf choix contraire de votre part ; vous pourrez à tout moment révoquer ce choix.

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Date : ..... Signature du Patient : ..... Signature de la personne de confiance :

## NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE

Date : ..... Signature du Patient :

## REVOCACTION

Je décide de révoquer la désignation de :

Nom : ..... Prénom : .....

Comme personne de confiance.

Date : ..... Signature du Patient : .....



# Autorisations parentales

## Autorisation parentale d'intervention médicale et/ou chirurgicale

Sous réserve d'en être informé le plus rapidement possible, je, soussigné(e),

Mr ..... (père) et/ou Mme ..... (mère),  
titulaire(s) de l'autorité parentale de l'enfant .....

Autorise(nt) la direction de l'Unité Méditerranéenne de Nutrition de Marseille, à prendre toute décision nécessaire en cas d'urgence en mon absence, y compris le transfert à l'hôpital compétent par un service d'urgence (SAMU, pompiers), pour que puisse être pratiquée toute hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie sur mon enfant.

Fait à Marseille le, .....

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Le père

La mère

Tuteur(trice)

## Autorisation parentale pour la participation aux sorties

Je, soussigné(e), Mr ..... (père) et/ou Mme.....(mère),  
titulaire(s) de l'autorité parentale de l'enfant .....

autorise(nt) mon enfant à participer à toute sortie du pavillon 7, 4<sup>ème</sup> étage de l'Hôpital Ste Marguerite, organisée par l'Unité Méditerranéenne de Nutrition de Marseille à des fins éducatives et/ou thérapeutiques dans le cadre de son hospitalisation.

Fait à Marseille le, .....

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Le père

La mère

Tuteur(trice)



# Droits à l'anonymat et à l'image

Conformément à l'**article R 1112-45** du code de la santé publique, vous avez la possibilité de demander qu'aucune indication ne soit donnée sur votre présence dans l'établissement ou sur votre état de santé durant la durée de votre séjour.

De plus, dans le cadre de notre démarche qualité, une photo vous a été demandée afin de l'utiliser dans le cadre de l'identitovigilance et sera ainsi présente dans le dossier patient informatisé.

Par ailleurs, vous pouvez être photographié au cours d'activités pédagogiques, sportives...

L'utilisation de la photographie se fait sur différents supports : site web, papier...

La photographie dont la durée de vie de la présentation est illimitée, n'est ni communiquée, ni vendue à d'autres personnes qu'à la personne concernée, ni utilisée à d'autres fins que celles précitées.

Conformément à la loi, vous pouvez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et vous disposez du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

Si vous souhaitez que votre identité ne soit pas divulguée pendant votre séjour, ou si vous souhaitez ne pas être photographié, vous pouvez le signifier dès votre arrivée et/ou pendant votre séjour.

Vous pouvez également modifier votre décision (droit de rétractation) tout au long de celui-ci.

## AUTORISATIONS :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,.....,

Demande la **NON DIVULGATION** de ma présence au sein de l'U.M.N  
Choix du nom d'emprunt :.....

Autorise la **DIVULGATION** de ma présence au sein de l'UMN

**Autorise** l'établissement à utiliser ma photo dans le cadre de l'identitovigilance,

**N'autorise pas** l'établissement à utiliser ma photo dans le cadre de l'identitovigilance,

**Autorise** l'établissement à me photographier aux cours d'activités sportives, ateliers... et à utiliser la photographie.

**N'autorise pas** l'établissement à me photographier.

Fait à Marseille, le.....

Signature :

# Droits à l'anonymat et à l'image enfants

Conformément à l'**article R 1112-45** du code de la santé publique, vous avez la possibilité de demander qu'aucune indication ne soit donnée sur la présence de votre enfant dans l'établissement ou sur son état de santé durant la durée du séjour.

De plus, dans le cadre de notre démarche qualité, une photo vous a été demandée afin de l'utiliser dans le cadre de l'identitovigilance et sera ainsi présente dans le dossier patient informatisé de votre enfant.

Par ailleurs, il pourra être photographié au cours d'activités pédagogiques, sportives...

L'utilisation de la photographie se fait sur différents supports : site web, papier...

La photographie dont la durée de vie de la présentation est illimitée, n'est ni communiquée, ni vendue à d'autres personnes qu'à la personne concernée, ni utilisée à d'autres fins que celles précitées.

Conformément à la loi, vous pouvez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et vous disposez du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

Si vous souhaitez que son identité ne soit pas divulguée pendant votre séjour, ou si vous souhaitez qu'il ne soit pas photographié, vous pouvez le signifier dès votre arrivée et/ou pendant le séjour.

Vous pouvez également modifier votre décision (droit de rétractation) tout au long de celui-ci.

## AUTORISATIONS :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,.....  
titulaire(s) de l'autorité parentale de l'enfant .....

Demande la **NON DIVULGATION** de sa présence au sein de l'U.M.N  
Choix du nom d'emprunt :.....

Autorise la **DIVULGATION** de sa présence au sein de l'UMN

**Autorise** l'établissement à utiliser sa photo dans le cadre de l'identitovigilance,

**N'autorise pas** l'établissement à utiliser sa photo dans le cadre de l'identitovigilance,

**Autorise** l'établissement à le photographier aux cours d'activités sportives, ateliers... et à utiliser la photographie.

**N'autorise pas** l'établissement à le photographier.

Fait à Marseille, le.....

Signature :

## Information Commission Des Usagers

En application du décret n°2016-726, il est institué, au sein de l'U.M.N une Commission Des Usagers (CDU).

Cette Commission des usagers est composée comme suit :

NOM / PRENOM	QUALITE	Fonctions spécifiques éventuelles exercées au sein de la CDU
Collège des membres titulaires		
<b>PEYROT Martine</b>	Directrice d'exploitation UMN	Présidente Médiateur non médical
<b>Dr NGUYEN Tu</b>	Médecin coordonnateur UMN	Médiateur médical
<b>GIRAULT Jacques</b>	Représentant des usagers	Coordonnées : 06 98 10 81 26
<b>DELORMES Stéphane</b>	Représentant des usagers	
Collège des membres Suppléants		
<b>TIXADOR Gérard</b>	Médecin coordonnateur CDS St Jean	Médiateur médical suppléant
<b>LAPRADE Guillaume</b>	Cadre de santé UMN	Médiateur non médical suppléant

### EXAMENS DES PLAINTES ET RECLAMATIONS

Art. R. 1112-91. – Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement des griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

Art. R. 1112-92. – L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine. Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à l'article R. 1112-93, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

Art. R. 1112-93. – Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Art. R. 1112-94. – Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission. »

**Toute plainte ou réclamation est à adresser à l'attention de Mme la Directrice de l'U.M.N.**

## Information Comité de Lutte contre les Infections Associées aux soins

### Programme d'Actions 2018

Le CLIN du Centre Dietetique Saint Jean et de l'UMN a élaboré son programme pour l'année 2018 en collaboration avec la Commission Médicale de l'Etablissement et les représentants des usagers au regard du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins

#### Activités de prévention

- Réactualiser et mettre en place des procédures en fonction des réglementations
- Renforcer la coopération des services techniques et l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.
- Poursuivre la campagne de vaccination antigrippale 2018/2019
- Participer à la journée " Hygiène des mains" en Mai 2018

#### Surveillance et signalements

- Participer aux enquêtes nationales de prévalence
- Améliorer nos indicateurs nationaux: score agrégé, ICALIN, ICSHA, ICATB, ICA-BMR
- Réaliser des contrôles environnementaux bactériologiques

#### Programme de formation

- Poursuivre la formation du personnel sur l'hygiène hospitalière avec l'intervention de l'organisme "Europe Efficacité" et d'une infirmière hygiéniste
- Former le nouveau personnel arrivant
- Participer aux formations du CCLIN Sud Est
- Participer à la journée méditerranéenne de prévention des infections associées aux soins 2018

#### Evaluation

- Développer les audits de pratiques.



FINES : 130044662  
 STATUT : Privé  
 VILLE : MARSEILLE 9E ARRONDISSEMENT  
 SECTEUR(S) : Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

## Infections associées aux soins

### Année 2016

Source : BilanLin

Mots clés	Intitulé	Description	Secteur	Résultat	
Hygiène des mains	Indicateur de consommation de produits hydro alcooliques (ICSHA.2 V2)	Cet indicateur est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains		34/100	D
Prévention des infections nosocomiales	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2)	Cet indicateur évalue l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre		17/100	E
Risque infectieux opératoire	Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO)	Cet indicateur évalue l'organisation pour la prévention des infections du site opératoire en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement		NC	NC



NR : Non répondant - DI : Données insuffisantes - NC : Non concerné - NA : Non applicable

La lettre indique la classe de performance de l'établissement. Les meilleurs résultats sont en vert et les moins bons en rouge.



Les indicateurs du TdBIN dépendent d'une logique d'activité «établissement» (source: BilanLIN).