



Règlement intérieur

Centre hospitalier d'Autun

7 bis rue de Parpas - 71407 Autun Cedex
03 85 86 84 84 – direction@ch-autun.fr



GROUPEMENT HOSPITALIER
DE TERRITOIRE
**SAÔNE ET LOIRE
BRESSE - MORVAN**

Présenté aux instances suivantes et résultant d'un avis favorable :

CME du 4 décembre 2024, CSE du 5 décembre 2024, Directoire du 11 décembre 2024, CDU du 12 décembre 2024, Conseil de surveillance du 18 décembre 2024, CSIRMT du 27 décembre 2024

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 : L'ORGANISATION GENERALE.....	7
1.1 L'organisation médico-administrative	7
1.1.1 Le conseil de surveillance	7
1.1.1.1 La composition du conseil de surveillance	7
1.1.1.2 La compétence générale du conseil de surveillance en matière de stratégie et de contrôle permanent de la gestion de l'établissement	8
1.1.1.3 La compétence décisionnelle du conseil de surveillance	8
1.1.1.4 La compétence consultative du conseil de surveillance	9
1.1.1.5 Les autres attributions du conseil de surveillance	9
1.1.2 Le Directeur	9
1.1.2.1 La compétence générale du Directeur dans la conduite de l'établissement	9
1.1.2.2 Les compétences de gestion du Directeur après concertation du directoire	10
1.1.2.3 Les pouvoirs du Directeur en matière de ressources humaines	10
1.1.3 Le président de la Commission Médicale d'Etablissement	11
1.1.3.1 Les compétences du président de la CME en matière de stratégie médicale d'établissement.....	12
1.1.3.2 Les compétences du président de la CME en matière de politique médicale de l'établissement.....	12
1.1.3.3 Les compétences du président de la CME en matière de politique d'amélioration continue des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	12
1.1.3.4 Les compétences du président de la CME en matière de ressources humaines	12
1.1.4 Le Directoire	13
1.1.4.1 La composition du Directoire	13
1.1.4.2 Les compétences du Directoire.....	13
1.2 Les instances consultatives générales.....	14
1.2.1 La Commission Médicale d'Etablissement	14
1.2.2 Le Comité Social d'Etablissement.....	16
1.3 Les instances consultatives spécialisées	17
1.3.1 La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques	17
1.3.2 Les Commissions Paritaires.....	18
1.3.3 La Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail	19
1.4 Les instances spécialisées	21
1.4.1 La Commission des Usagers (CDU)	21
1.4.2 Le Conseil de Vie Sociale (CVS).....	22
1.5 L'organisation médicale et soignante	23
1.5.1 Le projet d'établissement - le projet médico soignant	23
1.5.2 L'organisation du centre hospitalier en pôles d'activité	23
1.5.3 Le chef de pôle.....	23
1.5.4 Le contrat de pôle	24
1.5.5 Le projet de pôle	24
1.5.6 L'organisation des soins et fonctionnement médical	25
1.5.6.1 La continuité, la permanence des soins et pharmaceutique	25

1.5.6.2	Les internes en médecine, en odontologie et en pharmacie	25
1.5.6.3	Les sages-femmes	26
1.5.6.4	La coordination des soins dispensés aux patients	26
1.5.6.5	Les soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	26
1.5.6.6	Les étudiants et les élèves en formation infirmière, aide-soignante et ambulancière	26

CHAPITRE 2 : LES MESURES DE POLICE GENERALE.....28

2.1 La circulation et le stationnement des véhicules.....28

2.1.1 La circulation des véhicules

2.1.2 Le stationnement des véhicules.....28

2.2 La sécurité incendie

2.3 La sûreté

2.3.1 La nature et l'opposabilité des règles de sécurité générale

2.3.2 Les règles relatives d'accès au Centre Hospitalier

2.3.3 Les modalités d'application des règles de sécurité générale

2.4 Les règles de vie collective

2.4.1 L'hygiène à l'hôpital

2.4.2 Les animaux à l'hôpital.....

2.4.3 L'interdiction de fumer.....

2.4.4 L'usage des téléphones portables par les professionnels de l'établissement

2.4.5 Les objets et produits interdits

2.4.6 Le respect de la laïcité et neutralité du service public.....

2.4.7 L'interdiction de dissimulation du visage

2.5 L'exercice du droit de visite dans l'établissement

2.5.1 Les conditions d'exercice du droit de visite

2.5.2 Les horaires de visite.....

2.5.3 Les obligations des visiteurs

2.6 Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles.37

CHAPITRE 3 : LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT39

3.1 Les admissions.....39

3.1.1 Les dispositions générales relatives à l'admission du patient majeur

3.1.1.1 L'admission sur décision du Directeur

3.1.1.2 L'admission sur décision du Directeur de l'Agence Régionale de Santé

3.1.1.3 L'admission en urgence.....

3.1.1.4 Le transfert après premiers secours

3.1.1.5 L'accueil des patients

3.1.1.6 L'identification des patients.....

3.1.1.7 Le régime d'hospitalisation.....

3.1.1.8 Les consultations externes.....

3.1.1.9 La prise en charge des frais d'hospitalisation

3.1.2 Les dispositions particulières à certains patients

3.1.2.1 L'accouchements sous X

3.1.2.2 Les militaires

3.1.2.3 Les détenus

3.1.2.4 Les mineurs

3.1.2.5 Les majeurs légalement protégés.....

3.1.2.6	Les patients souffrants de toxicomanie.....	44
3.1.2.7	Les mineurs accompagnants.....	45
3.2	Les conditions de séjour.....	45
3.2.1	Les information médicale et consentement aux soins.....	45
3.2.1.1	L'information du patient sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications.....	45
3.2.1.2	L'information de la famille et des proches du patient.....	46
3.2.1.3	Le consentement aux soins et le refus de soins	46
3.2.1.4	La personne de confiance	48
3.2.1.5	Les directives anticipées	49
3.2.1.6	Le dossier médical.....	49
3.2.1.7	Le droit au secret, à la discrétion et à la confidentialité.....	51
3.2.1.8	La prise de vue et l'utilisation de l'image de la personne	51
3.2.1.9	L'exercice des droits civiques.....	51
3.2.2	La vie à l'hôpital.....	51
3.2.2.1	Les repas.....	51
3.2.2.2	Les biens du patient	52
3.2.2.3	Le déplacement des hospitalisés dans l'hôpital	53
3.2.2.4	Les désordres causés par le patient.....	53
3.2.2.5	Les gratifications	53
3.2.2.6	L'interdiction de filmer, d'enregistrer ou de photographier	53
3.2.3	Les services mis à la disposition des patients	54
3.2.3.1	Le courrier	54
3.2.3.2	Le téléphone	54
3.2.3.3	La télévision et la radio	54
3.2.3.4	La bibliothèque	54
3.2.3.5	Les associations.....	54
3.2.3.6	L'exercice du culte et de la laïcité	55
3.2.3.7	La distribution de boissons et friandises	55
3.3	Les sorties	56
3.3.1	La permission de sortie	56
3.3.2	Les formalités de sortie	56
3.3.3	La sortie contre avis médical	56
3.3.4	La sortie à l'insu du service.....	57
3.3.5	La sortie disciplinaire	57
3.3.6	L'aggravation de l'état de santé.....	57
3.3.7	La sortie des mineurs	58
3.3.8	Cas particulier : la sortie des nouveaux nés	58
3.3.9	Le recueil de la satisfaction et de l'expérience patient.....	58
3.3.10	Le transport en ambulance.....	58
3.4	Les relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et patients	59
3.4.1	L'information du médecin traitant ou désigné par le patient	59
3.4.1.1	A l'admission	59
3.4.1.2	En cours d'hospitalisation	59
3.4.1.3	Après la sortie	59
3.4.2	La présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale	59
3.5	Les personnes décédées.....	60
3.5.1	Les formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée	60
3.5.1.1	Le constat du décès.....	60

3.5.1.2	La notification du décès	60
3.5.1.3	Les déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale	60
3.5.1.4	Les indices de mort violente ou suspecte : obstacle médico-légal.....	61
3.5.1.5	La toilette mortuaire et l'inventaire après décès	61
3.5.1.6	La dévolution des biens des hospitalisés décédés.....	61
3.5.1.7	Les mesures de police sanitaire	62
3.5.1.8	La présentation du corps	62
3.5.1.9	L'inhumation ou la crémation du corps.....	62
3.5.2	Le transport de corps	63
3.5.2.1	Le transport de corps sans mise en bière	63
3.5.2.2	Le transport en chambre funéraire avant mise en bière.....	64
3.5.2.3	Le transport de corps après mise en bière	64
3.5.2.4	L'opposition du médecin au transport de corps.....	64
3.5.3	L'autopsie et prélèvement sur personne décédée	65
3.5.3.1	L'autopsie médico-légale	65
3.5.3.2	Les prélèvements d'organes et de tissus à but thérapeutique ou scientifique.....	65
3.5.4	Le don des corps à la science	66
3.6	L'expression des usagers.....	66
3.6.1	Les questionnaires de satisfaction	66
3.6.2	Les réclamations	66
CHAPITRE 4	: LES DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL	67
4.1	Les obligations.....	67
4.1.1	La nécessité de service	67
4.1.2	L'assiduité et la ponctualité du personnel	67
4.1.3	L'exécution des ordres reçus et le droit de retrait	67
4.1.4	La réglementation en matière de santé et de sécurité	68
4.1.5	L'information du supérieur hiérarchique de tout incident.....	68
4.1.6	La conservation en bon état des locaux, matériels et effets	68
4.1.7	L'interdiction de pourboires	68
4.1.8	L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative	68
4.1.8.1	Le principe.....	68
4.1.8.2	Les dérogations	69
4.1.9	L'identification du personnel	69
4.1.10	La tenue vestimentaire de travail	69
4.1.11	La tenue et le comportement corrects exigés	69
4.1.12	La lutte contre le bruit.....	70
4.1.13	L'interdiction de fumer.....	70
4.1.14	Les dispositions relatives à l'alcool et aux drogues sur les lieux de travail	70
4.1.15	Les relations avec les usagers	70
4.1.16	Les relations avec les proches.....	71
4.1.17	Le secret professionnel.....	71
4.1.18	L'obligation de discrétion professionnelle et de devoir de réserve	72
4.1.19	L'informatique	72
4.1.20	Le respect des conditions réglementaires de travail	72
4.1.21	Les dispositions spécifiques - Code de déontologie.....	72
4.2	Droits	73

4.2.1	Le temps de travail et les autorisations d'absence.....	73
4.2.2	Les gardes et astreintes	73
4.2.3	L'exercice du droit syndical.....	73
4.2.4	Le droit de grève	73
4.2.5	La consultation du dossier administratif	74
4.2.6	La prévention des risques psychosociaux et le document unique des risques professionnels ..	74
4.2.7	La politique de maintien dans l'emploi	75
4.2.8	Le droit à la protection juridique	75
4.2.9	Le droit à la formation professionnelle	76
4.2.10	Le principe de non-discrimination.....	76
4.2.11	Le livret d'accueil du personnel	77
4.3	Divers.....	77
4.3.1	L'accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires et partis politiques	77
4.3.2	Les effets et les biens personnels - Responsabilité.....	77
CHAPITRE 5 : LES DISPOSITIONS DIVERSES		78
5.1	L'approbation du règlement intérieur	78
5.2	La mise à disposition du règlement intérieur	78
5.3	La mise à jour du règlement intérieur.....	78
ANNEXES		79
Les chartes		79
L'organisation générale.....		79
La sécurité /sureté.....		80
La direction des Ressources Humaines		80

CHAPITRE I : L'ORGANISATION GENERALE

1.1 L'organisation médico-administrative

1.1.1 Le conseil de surveillance

1.1.1.1 La composition du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance est composé de trois collèges dont le nombre de membres doit être identique. Le nombre total de membres étant plafonné à quinze, chaque collège comprend au plus cinq personnes.

Le collège des « élus » est composé de cinq représentants au plus, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le maire du commun siège de l'établissement principal ou son représentant, et le président du conseil général ou son représentant.

Le collège des « représentants des personnels médicaux et non médicaux » comporte au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement, dont un représentant élu parmi les membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), les autres membres étant désignés à parité respectivement par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au Comité Social d'Etablissement (CSE).

Le collège des « personnes qualifiées » regroupe au plus cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux sont désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et trois par le représentant de l'Etat dans le département, dont deux représentants des usagers.

Les membres du conseil de surveillance sont désignés pour une durée de 5 ans. Leur mandat prend fin en même temps que le mandat ou la fonction pour lesquels les intéressés ont été désignés.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres du collège des élus ou du collège des personnalités qualifiées. Il est élu, pour 5 ans, par l'ensemble des membres du conseil de surveillance, à la majorité absolue aux premier et deuxième tours, et le cas échéant, à la majorité relative au troisième tour. En cas d'égalité lors de ce dernier tour, le doyen d'âge est désigné. Le président du conseil de surveillance désigne au sein des 1^{er} et 3^{ème} collèges un vice-président qui préside en son absence.

Le conseil de surveillance est également composé de membres dotés d'une voix consultative :

- Le président de la CME, en qualité de vice-président du directoire ;
- Le Directeur Général de l'ARS ;
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique ;
- Le directeur de la caisse d'assurance maladie ;
- Un représentant des familles des personnes accueillies dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un EPHAD.

Sans être membre, le président du directoire participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations. La présence de membres de l'équipe administrative de direction est possible dans la mesure où le directeur peut se faire assister des personnes de son choix.

Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

- À plus d'un titre,
- S'il encourt l'incapacité prévue à l'article L. 6 du code électoral,
- S'il est membre du directoire,
- S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé. Cette incompatibilité ne peut être opposée au représentant du personnel si l'établissement de santé privé assure, hors zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public.
- S'il est lié à l'établissement par contrat, sauf exceptions prévues au Code de la Santé Publique,
- S'il est agent salarié de l'établissement, sauf s'il s'agit des membres du collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux,
- S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'Agence Régionale de Santé.

1.1.1.2 La compétence générale du conseil de surveillance en matière de stratégie et de contrôle permanent de la gestion de l'établissement

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur sa gestion. A ce titre, le conseil de surveillance communique au Directeur Général de l'ARS ses observations, aussi bien sur la gestion de l'établissement que sur le rapport annuel présenté par le directeur. A tout moment il peut procéder à toute vérification ou contrôle qu'il juge opportuns et se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

1.1.1.3 La compétence décisionnelle du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance a compétence pour délibérer sur :

- Le projet d'établissement,
- Le compte financier et l'affectation des résultats,
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé,
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur,
- Toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance, et toute convention à laquelle l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans laquelle elle traite avec l'établissement par personne interposée,
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement,
- Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7.

1.1.1.4 La compétence consultative du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance donne son avis sur :

- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat,
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire et la convention constitutive de ce dernier,
- Le règlement intérieur de l'établissement.

1.1.1.5 Les autres attributions du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance désigne l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement hospitalier de territoire, les fonctions et les activités déléguées.

Le conseil de surveillance est informé par le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et sur le programme d'investissements. Il est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.

1.1.2 Le Directeur

1.1.2.1 La compétence générale du Directeur dans la conduite de l'établissement

Le directeur dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement. A ce titre, il est en charge des affaires autres que celles qui relèvent des compétences du conseil de surveillance et autres que celles impliquant une concertation avec le directoire.

- Il assure la conduite de la politique générale de l'établissement.
- Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile.
- Il agit en justice au nom de l'établissement.
- Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles s'imposant aux professionnels de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art.
- Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement.
- Il peut déléguer sa signature.
- Il possède le pouvoir de transiger.
- Il participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire exerce ses compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mutualisées au sein du GHT.

1.1.2.2 Les compétences de gestion du Directeur après concertation du directoire

Le directeur préside le directoire. Après concertation avec celui-ci, le directeur prend les décisions dans le domaine de la stratégie de l'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale.

S'agissant de la stratégie de l'établissement, le directeur a compétence pour :

- Conclure le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le Directeur Général de l'ARS,
- Arrêter l'organisation interne de l'établissement conformément au projet médico-soignant d'établissement après avis du président de la CME,
- Signer les contrats de pôle d'activité avec le chef de pôle après avis du président de la CME pour les pôles d'activité clinique et médico-technique qui vérifie la cohérence du contrat avec le projet médico soignant,
- Proposer au Directeur Général de l'ARS ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé la constitution et la participation à une action de coopération ou un réseau,
- Soumettre au conseil de surveillance le projet d'établissement,
- Arrêter le règlement intérieur,
- Arrêter le plan blanc,
- Soumettre au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale.

S'agissant de la politique de la qualité, le directeur décide conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

S'agissant des finances de l'établissement, le directeur a compétence pour :

- Déterminer le programme d'investissement après l'avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux
- Fixer l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales,
- Arrêter le compte financier et le soumettre à l'approbation du conseil de surveillance,
- Présenter à l'ARS le plan de redressement.

S'agissant de la gestion du patrimoine de l'établissement, le directeur conclut, d'une part, les acquisitions, les aliénations, les échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les baux de plus de 18 ans. D'autre part, le directeur conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, les conventions de location et les délégations de service public.

S'agissant de la politique sociale, le directeur arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement. A défaut d'un accord avec les organisations syndicales, le directeur décide de l'organisation du travail et des temps de repos.

1.1.2.3 Les pouvoirs du Directeur en matière de ressources humaines

Le directeur a un pouvoir de nomination des membres du directoire, à l'exception des membres de droit. S'agissant des membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME. En cas de désaccord, il nomme les membres de son choix. Le directeur peut mettre fin à leurs fonctions, à l'exception des membres de droit, après information

du conseil de surveillance.

Le directeur a un pouvoir de nomination des chefs de pôle d'activité sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME pour les pôles d'activités clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, le directeur demande une nouvelle liste. Si un nouveau désaccord survient, il nomme les chefs de pôle de son choix. Le directeur peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service et après avis du président de CME. Il nomme également les collaborateurs du chef de pôle sur la proposition du chef de pôle.

Le directeur a un pouvoir de nomination des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle. Le directeur peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service, de sa propre initiative ou sur proposition du chef de pôle.

Le directeur dispose d'un large pouvoir de nomination dans l'établissement, à l'exception de la nomination des directeurs adjoints, des directeurs des soins, des praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel, nommés par le directeur général du Centre national de gestion, selon la procédure propre à chaque statut.

Enfin, le directeur dispose de la possibilité d'admettre par contrat des professionnels libéraux. Sur proposition du chef de pôle, et après avis du président de la CME, le directeur peut admettre des médecins, sages-femmes et odontologues exerçant à titre libéral autre que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à l'établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. De même, des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public.

1.1.3 Le président de la Commission Médicale d'Etablissement

Le président de la Commission Médicale d'Etablissement est élu parmi les praticiens titulaires de l'établissement. Toutefois, lorsque les praticiens titulaires ne forment pas la majorité des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, le règlement intérieur peut prévoir que le président et le vice-président soient élus parmi l'ensemble des membres de la commission.

Le mandat de président de la Commission Médicale d'Etablissement est de quatre ans. Il est renouvelable une seule fois. Il peut être exceptionnellement réduit ou prorogé, dans l'intérêt du service, d'une durée ne pouvant excéder un an par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dont relève l'établissement.

Les fonctions de président de la Commission Médicale d'Etablissement prennent fin sur présentation de sa démission au président du directoire ou au terme du mandat de la Commission Médicale d'Etablissement qui l'a élu.

Une formation est proposée au président de la commission au moment de sa prise de fonction et, à sa demande, à l'issue de son mandat en vue de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

Il est le vice-président du directoire et participe, en tant que membre consultatif, aux séances du conseil de surveillance.

Le président de la Commission Médicale d'Etablissement veille au bon fonctionnement de la commission.

1.1.3.1 Les compétences du président de la CME en matière de stratégie médicale d'établissement

Le président de la Commission Médicale d'Etablissement élabore, en conformité avec le CPOM et en concertation avec le directeur, le projet médico-soignant de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le président émet un avis préalablement à la signature des contrats de pôle pour vérifier, en ce qui concerne les pôles d'activité clinique et médicotechnique, la cohérence du contrat avec le projet médico-soignant.

1.1.3.2 Les compétences du président de la CME en matière de politique médicale de l'établissement

Le président de la Commission Médicale d'Etablissement coordonne la politique médicale de l'établissement et présente au directoire et au conseil de surveillance un rapport sur la mise en œuvre de cette politique. A ce titre, il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques et veille à la coordination de la prise en charge du patient. Il contribue également à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique. Il coordonne enfin l'élaboration du plan de développement professionnel continu.

1.1.3.3 Les compétences du président de la CME en matière de politique d'amélioration continue des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

Le président de la Commission Médicale d'Etablissement est chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, conjointement avec le directeur et sous réserve des attributions de la CME. A ce titre, il peut organiser des évaluations internes et veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité, consécutifs aux inspections et à la procédure de certification. Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la CME.

1.1.3.4 Les compétences du président de la CME en matière de ressources humaines

Le président de la Commission Médicale d'Etablissement propose au directeur les listes de candidats en vue de leur potentielle nomination dans les fonctions de chef de pôle. Pour cette raison, le président de la commission ne pourra pas être un chef de pôle.

Par ailleurs, il émet des avis sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, ainsi que sur différentes positions statutaires. Ses avis seront communiqués au Directeur Général du CNG chargé des nominations sur proposition du président du directoire.

Enfin, son avis est sollicité par le directeur, sur proposition du chef de pôle pour tout recrutement par contrat de médecins et odontologistes autres que les praticiens titulaires, ainsi que pour l'admission par contrat d'autres professionnels exerçant à titre libéral.

1.1.4 Le Directoire

1.1.4.1 La composition du Directoire

Le directoire est composé de sept membres appartenant au personnel de l'établissement et plus majoritairement de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Il est présidé par le directeur de l'établissement. Les fonctions de membre du directoire sont exercées à titre gratuit.

Le directoire est composé, d'une part, de trois membres de droit : le directeur, président du directoire, le président de la CME, vice-président, et le président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT).

D'autre part, il est composé de quatre membres nommés par le directeur, président du directoire, après information du conseil de surveillance.

Les membres appartenant aux professions médicales sont nommés sur présentation d'une liste de 3 propositions établie par le président de la CME, et transmise au directeur dans un délai de 30 jours à compter de sa demande. Le directeur peut demander une seconde liste en cas de désaccord, d'absence de propositions ou de caractère incomplet de la liste. La seconde liste est alors transmise dans les 15 jours. En cas de nouveau désaccord, le directeur nomme les membres de son choix.

La durée du mandat des membres du directoire est de quatre ans. Ce mandat prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur, ainsi que dans les cas où son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

Les membres nommés par le président du directoire peuvent être dénommés par lui, après information du conseil de surveillance.

Le Directeur peut décider, en concertation avec le président de la CME, d'inviter de façon permanente les chefs de pôles aux réunions du directoire.

1.1.4.2 Les compétences du Directoire

Le directoire est compétent en matière de préparation du projet d'établissement, notamment sur la base du projet médico soignant partagé.

Le directoire conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. A ce titre, il peut intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.

Le directoire est obligatoirement concerté par le directeur en matière de politique de gestion de l'établissement, et plus précisément pour :

- La conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM),
- Décider, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- Arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement,
- Déterminer le programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux,
- Fixer l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités

sociales et médico-sociales,

- Arrêter le compte financier et le soumettre à l'approbation du conseil de surveillance,
- Arrêter l'organisation interne de l'établissement et signer les contrats de pôle d'activité,
- Proposer au Directeur Général de l'ARS, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une action de coopération,
- Conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans,
- Conclure les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location,
- Soumettre au conseil de surveillance le projet d'établissement,
- Conclure les délégations de service public,
- Arrêter le règlement intérieur de l'établissement,
- Décider de l'organisation du travail et des temps de repos à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement,
- Présenter à l'ARS le plan de redressement,
- Arrêter le plan blanc de l'établissement,
- Soumettre au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale.

Le directoire détient un pouvoir décisionnel en matière de projet médico soignant. Ce dernier définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du CPOM. Le président de la CME, vice-président du directoire, élabore le projet médico soignant avec le directeur et en conformité avec le CPOM. Enfin, il revient au directoire d'approuver le projet médico-soignant.

1.2 Les instances consultatives générales

La composition et les règles de fonctionnement des instances consultatives générales sont régies par les règlements intérieurs de chaque instance, conformément aux règles du Code de la Santé Publique.

1.2.1 La Commission Médicale d'Etablissement

La Commission Médicale d'Etablissement a pour mission principale de contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Des compétences précises lui sont confiées en la matière :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement,
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- La prise en charge de la douleur,
- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, à savoir :

- La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale,
- L'évaluation de la prise en charge des patients, en particulier des urgences et des admissions non programmées,
- L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs,
- Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité,
- L'organisation des parcours de soins.

A ce titre, la Commission Médicale d'Etablissement propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi et élaboré en collaboration avec la Commission des Usagers (CDU) et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT). Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport de la CDU et les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et engagements fixés par le CPOM.

En outre, la Commission Médicale d'Etablissement élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi. Le rapport annuel et le programme d'actions sont tenus par le directeur à la disposition du Directeur Général de l'ARS.

La Commission Médicale d'Etablissement est une instance consultative. Elle est consultée sur des matières sur lesquelles le Comité Social d'Etablissement est également consulté. Ces matières sont les suivantes :

- 1°) Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du CSP
- 2°) Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel
- 3°) Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du CSP
- 4°) L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 du CSP
- 5°) Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants
- 6°) La gestion prévisionnelle des emplois et compétences
- 7°) La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire

La Commission Médicale d'Etablissement est également consultée sur les matières suivantes :

- 1°) Le projet médico soignant de l'établissement
- 2°) La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement
- 3°) La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement
- 4°) La politique de formation des étudiants et internes
- 5°) La politique de recrutement des emplois médicaux
- 6°) Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- 7°) Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement
- 8°) Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques
- 9°) Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social
- 10°) Le règlement intérieur de l'établissement
- 11°) Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La Commission Médicale d'Etablissement est informée sur les matières suivantes :

- 1°) Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement
- 2°) Les contrats de pôles
- 3°) Le bilan annuel des tableaux de service
- 4°) Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- 5°) La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Après avis du Directeur et de la Commission Médicale d'Etablissement, le Président peut décider la création de sous-commissions spécialisées dont la composition et le règlement intérieur figurent en annexe.

1.2.2 Le Comité Social d'Etablissement

Le Comité Social d'Etablissement est une instance consultative composée de représentants élus du personnel non médical qui est, selon les sujets, consultée ou informée sur les questions relatives au fonctionnement de l'établissement. Il est présidé par le directeur.

Le comité social exerce ses attributions selon différentes modalités :

- Consultations obligatoires sur :
 - Le règlement intérieur de l'établissement ;
 - Le plan de redressement ;
 - Le plan global de financement pluriannuel ;
 - L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la Commission Médicale d'Etablissement, de la Commission Des Usagers et de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;
 - L'organisation interne de l'établissement ;
 - Les projets de réorganisation de service ;
 - La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
 - Les projets de délibération du conseil de surveillance
 - Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
 - Les modalités d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels, remplaçants, étudiants, ...
- Débat régulier sur l'évolution des politiques des ressources humaines et le bilan de certaines mesures de gestion des ressources humaines en fonction de leurs compétences et de leur périmètre ;
- Informations obligatoires : le CSE est informé chaque année, sur :
 - La situation budgétaire et financière de l'établissement ;
 - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
 - Les décisions du directeur, président du directoire, dans le cadre du 8° de l'article L. 6143-7 au titre duquel, après concertation avec le directoire, il peut proposer au DG ARS, ainsi qu'aux autres

établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération.

- Examen, à leur initiative, de questions relatives aux politiques de ressources humaines et aux conditions de travail.

1.3 Les instances consultatives spécialisées

La composition et les règles de fonctionnement des instances consultatives spécialisées sont régies par les règlements intérieurs de chaque instance, conformément aux règles du Code de la Santé Publique.

1.3.1 La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Selon l'article L.6146-9 du code la santé publique, la CSIRMT est constituée de membres élus représentants trois collèges.

Les collèges sont représentés comme suit :

- Collège des cadres de santé
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Collège des aides-soignants et auxiliaires de puériculture

D'autres membres participent aux séances de la commission avec voix consultative :

- Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement

Toute personne qualifiée peut être également associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

La commission est présidée par le Coordonnateur Général des Soins.

Elle est à la fois consultée pour avis et informée.

La CSIRMT est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le Coordonnateur Général des Soins ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- La politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2.

Cette instance consultative garantit :

- L'expression professionnelle pour les personnels des filières infirmières, de rééducation et médico-techniques ;
- La cohérence et la complémentarité du fonctionnement des filières infirmières, de rééducation et médico-technique.

Elle est le lieu d'élaboration, de réflexions et de propositions d'actions visant l'amélioration des pratiques professionnelles, de la continuité des soins et de la qualité de la prise en charge.

1.3.2 Les Commissions Paritaires

Les commissions administratives paritaires et la commission consultative paritaire sont chargées d'examiner la situation des agents d'un établissement public de santé. Elles comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants.

Les corps de fonctionnaires de catégories A, B et C relèvent de dix commissions administratives paritaires distinctes :

- Quatre commissions pour les corps de catégorie A (dont personnel Sage-Femme)
- Trois commissions pour les corps de catégorie B
- Trois commissions pour les corps de catégorie C

Les agents contractuels relèvent quant à eux de la commission consultative paritaire

Les commissions paritaires connaissent :

- Les décisions de refus de titularisation et des licenciements en cours de stage en cas d'insuffisance professionnelle ou de faute disciplinaire
- Les questions d'ordre individuel relatives au licenciement du fonctionnement mis en disponibilité après trois refus de poste proposés en vue de sa réintégration au licenciement pour insuffisance professionnelle
- Les décisions refusant le bénéfice des congés pour formation syndicale ou en matière d'hygiène et de sécurité (7° et 7° bis de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986)
- Les décisions de refus de formation dans les conditions prévues aux articles 7 et 30 du décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

Les commissions sont saisies à la demande du fonctionnaire intéressé/ de l'agent intéressé :

- Des décisions individuelles mentionnées à l'article 62 de la loi du 9 janvier 1986
- Des décisions refusant l'autorisation d'accomplir un service à temps partiel, des litiges d'ordre individuel relatifs aux conditions d'exercice du temps partiel
- Des décisions refusant l'acceptation de sa démission
- Des décisions relatives à la révision du compte-rendu de l'entretien professionnel

- Des décisions refusant une demande de mobilisation du compte personnel de formation, en application du II de l'article 22 quater de la loi du 13 juillet 1983
- Des décisions refusant une demande initiale ou de renouvellement de télétravail formulée par le fonctionnaire en application de l'article 5 du décret n°2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mises en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature des décisions refusant une demande de congés au titre du compte épargne temps.

Les commissions administratives paritaires peuvent être sollicitées pour avis par l'autorité ayant pouvoir de nomination, lorsqu'un fonctionnaire sollicite sa réintégration à l'issue de la période de privation des droits civiques ou de la période d'interdiction d'exercer un emploi public ou en cas de réintégration dans la nationalité française.

En matière disciplinaire, les commissions administratives paritaires et la commission consultative paritaire siègent en formation disciplinaire pour formuler un avis sur les sanctions du deuxième, troisième et quatrième groupe demandées à l'encontre d'un agent en activité.

1.3.3 La Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail

La F3SCT comprend autant de membres que le Comité Social d'Etablissement. Les représentants du personnel titulaires sont désignés parmi les représentants du personnel, titulaires ou suppléants, du Comité Social d'Etablissement. Les suppléants de la formation spécialisée sont désignés librement par les organisations syndicales siégeant au Comité Social d'Etablissement.

La formation spécialisée est chargée d'exercer les attributions énoncées au 7° de l'article L. 253-5 du code général de la fonction publique (Article L. 253-6 CGFP), à savoir :

- A la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail ;
- A l'organisation du travail ;
- Au télétravail
- Aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques ;
- A l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.

Sauf lorsque ces questions se posent dans le cadre de projets de réorganisation de services examinés directement par le CSE.

Il lui revient de contribuer à la promotion de la prévention des risques professionnels et de susciter toute initiative qu'elle estime utile dans cette perspective. La formation spécialisée peut proposer, à cet effet, des actions de prévention. Elle a un rôle d'initiative et consultatif essentiel en matière de prévention des risques psycho-sociaux (RPS) et de promotion de la qualité de vie au travail (QVT).

Elle donne son avis sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur et peut proposer des actions de prévention en matière de harcèlement sexuel ou de harcèlement moral.

Elle est obligatoirement consultée avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, et sur les mesures institutionnelles prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés.

La formation spécialisée intervient au titre de :

- La prévention des risques :

- Visite les services,
 - Examine les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.
 - Analyse les risques professionnels
- D'un accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves : A la suite d'un accident grave ou ayant pu entraîner des conséquences graves, la F3SCT compétente est réunie dans les plus brefs délais et procède à une enquête
 - La procédure de DGI : En cas de danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents lors de l'exercice de leurs fonctions, un représentant du personnel de la F3SCT alerte le directeur d'établissement ou son représentant. Le directeur de l'établissement ou son représentant procède à une enquête dans les plus brefs délais avec le représentant de la F3SCT qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier. La formation spécialisée est également tenue informée de tout accident ayant ou qui aurait pu entraîner des conséquences graves. Le comité intervient lorsqu'un salarié fait usage du droit d'alerte et du droit de retrait.
 - La procédure d'expertise : A l'initiative du président de la F3SCT ou à la suite d'un vote majoritaire favorable des membres de la formation, il peut être fait appel à un expert certifié lorsque la F3SCT ne dispose pas des éléments nécessaires à l'évaluation des risques professionnels, des conditions de santé et de sécurité ou des conditions de travail dans les cas suivants :
 - En cas de risque grave avéré, révélé ou non par un accident de service ou par un accident du travail ou en cas de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;
 - En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail lorsqu'il ne s'intègre pas dans un projet de réorganisation de service.

Le règlement intérieur du CSE et F3SCT est annexé au présent règlement intérieur.

1.4 Les instances spécialisées

1.4.1 La Commission des Usagers (CDU)

Elle est composée du représentant légal de l'hôpital, du médiateur médecin, du médiateur non médecin, de deux représentants des usagers et d'un représentant du personnel, tous astreints au secret professionnel.

Elle peut être présidée par un représentant des usagers.

La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission.

La commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

La commission 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. A cet effet, elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparée par la Commission Médicale d'Etablissement ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement,
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes,
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie,
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers,
- Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier,
- Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

A partir notamment de ces informations, la commission :

- Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées,
- Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur

mise en œuvre,

- Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.

La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel.

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil de surveillance, à l'Agence Régionale de Santé et à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

1.4.2 Le Conseil de Vie Sociale (CVS)

Le Conseil de Vie Sociale donne l'occasion aux résidents et aux familles de participer au fonctionnement de l'établissement. Cet outil de dialogue avec la direction et la gouvernance contribue à la démarche d'amélioration de la qualité.

Les représentants du CVS assurent les missions :

- De relais auprès des résidents et des familles
- De défense d'intérêt collectif des résidents
- De l'appui du point de vue collectif des familles
- Du suivi des évolutions dans la vie de l'établissement

A partir du travail de recueil par les représentants des demandes des familles et des résidents, les questions sont discutées en réunion pour que la direction apporte des réponses et plus particulièrement sur les champs suivants (non exhaustif) :

- La vie quotidienne,
- Les services rendus,
- Le projet de travaux et d'équipements,
- Le projet d'établissement,
- Les conditions de prise en charge,
- L'entretien des locaux,
- Les locaux collectifs,
- Les services thérapeutiques,
- Les animations,
- ...

1.5 L'organisation médicale et soignante

1.5.1 Le projet d'établissement - le projet médico soignant

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médico soignant, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médico soignant et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. Il est préparé par le directoire et est ensuite soumis aux différentes instances avant d'être approuvé par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

1.5.2 L'organisation du centre hospitalier en pôles d'activité

Les pôles d'activité sont définis, par le directeur, après concertation avec le directoire et avis du président de la CME. Cette organisation doit être conforme au projet médico-soignant de l'établissement et répond à un objectif de complémentarité des activités et des orientations médicales qui permettent une mutualisation et une meilleure utilisation des moyens. Le choix de la dénomination, du nombre, de la taille et de la composition des pôles appartient à l'établissement conformément au principe de la liberté d'organisation. Chaque pôle est divisé en structures internes dont l'organisation sera le reflet de la stratégie médicale et médicotechnique adoptée pour chaque pôle. En cas de désaccord, la décision finale revient au directeur d'établissement.

Les six pôles sont répartis de la manière suivante :

- Pôle Médecine et Médico Technique
- Pôle gériatrie
- Pôle Administratif et Logistique
- Pôle Territorial Soins Critiques
- Pôle Territorial "Mère-Enfant"
- Pôle Territorial Addictologie

1.5.3 Le chef de pôle

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs assignés au pôle où il exerce. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement, le fonctionnement du pôle. Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions ainsi que des responsabilités des structures prévues par le projet de pôle. Le chef de pôle émet un avis sur les candidatures aux fonctions de chef des services ou structures internes du pôle d'activité clinique ou médico-technique. Ils sont ensuite nommés par le directeur sur proposition du président de la commission médicale d'établissement. Le chef de pôle intervient dans la nomination des personnels médicaux en proposant au directeur la nomination et la mise en recherche des praticiens hospitaliers ; proposition qui donne lieu à un avis du président de la CME. Concernant l'admission sur contrats de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, le

chef de pôle la propose au directeur. Le président de la CME donne son avis. Au sein de son pôle, le chef de pôle a pour mission d'organiser une concertation interne, pour laquelle il associe toutes les catégories de personnel. Tous les chefs de pôles cliniques ou médico-techniques sont membres de la CME. Toutefois, la fonction de chef de pôle est incompatible avec celle de président de la CME.

Le chef de pôle dispose de l'autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle et ce, afin de mener à bien la politique de gestion et d'assurer le bon fonctionnement de cette entité. Conformément à la politique de contractualisation interne de l'établissement, le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle dans lequel sont définis le champ et les modalités du rôle de chef de pôle. Le directeur peut également mettre en place une délégation de signature ou de gestion afin d'engager des dépenses dans des domaines expressément listés par les textes, soit :

- Dépenses de caractère hôtelier sur la base d'une enveloppe déléguée
- Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical sur la base d'une enveloppe déléguée
- Dépenses d'achats de matériels biomédicaux sur la base d'une enveloppe déléguée
- Dépenses de formation du personnel sur la base d'une enveloppe déléguée

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement.

Si le pôle comprend une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

1.5.4 Le contrat de pôle

Le directeur signe la contractualisation polaire avec le chef de pôle après concertation avec le Directoire. L'avis du président de la CME est requis pour les pôles d'activités cliniques ou médico-techniques.

Le contrat de pôle est signé par le cadre de pôle et le PCME avant l'élaboration du projet de pôle, auquel il donne un cadre. Le contrat de pôle est signé pour une période pluriannuelle. Il peut faire l'objet d'avenants. Il peut également donner lieu à une ou plusieurs réunions de dialogue de gestion entre la direction et le pôle durant sa période d'exécution.

Conclu avec chaque pôle, le contrat précise les objectifs et les moyens. Les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins sont obligatoirement définis. Le contrat fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

1.5.5 Le projet de pôle

Il revient au chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique d'élaborer un projet de pôle, en cohérence avec le projet d'établissement et le contrat de pôle. Il sera donc postérieur à ce dernier.

Ce projet définit :

- Les missions et responsabilités confiées aux structures internes
- L'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle.

Le projet de pôle prévoit les évolutions du champ d'activité de ces structures ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent. Le projet de pôle détermine donc l'activité médicale du pôle, les objectifs de niveau d'activité pour chaque structure interne ou pour les professionnels, les ressources nécessaires à venir, les évolutions. Lorsqu'il est nommé, le chef de pôle dispose d'un délai de trois mois pour élaborer le projet du

pôle dont il a la responsabilité. Le projet de pôle doit être élaboré de manière participative avec les responsables des structures internes et les cadres du pôle.

1.5.6 L'organisation des soins et fonctionnement médical

1.5.6.1 La continuité, la permanence des soins et pharmaceutique

Les praticiens ont la responsabilité médicale de la continuité des soins. Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier et participent aux actions définies par les articles L. 6111-1 et L. 6111-2.

Ils peuvent participer aux missions définies par l'article L. 6112-1 et par les articles L. 6411-2 à L. 6411-4.

Les pharmaciens quant à eux ont la responsabilité de l'organisation de la permanence pharmaceutique et exercent les fonctions définies par l'article L. 5126-5.

Les membres du corps médical participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions. Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical, et pharmaceutique de l'établissement, dans toutes les disciplines, ainsi que les personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques, assurent un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile, selon l'organisation définie dans l'établissement.

L'organisation du temps de présence médicale et pharmaceutique établie en fonction des caractéristiques propres aux différents services ou départements est arrêtée annuellement par le directeur d'établissement après avis de la commission médicale d'établissement.

Un tableau de service nominatif, établi sur cette base, est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure. Les activités médicales et pharmaceutiques sont organisées en demi-journées. A l'initiative du responsable médical de la structure et après avis des praticiens concernés, les activités médicales peuvent être organisées par dérogation en heures dans des structures à temps médical continu, sur proposition de la CME et après avis de la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) qui doit être activée.

Dans cette organisation, les activités sont assurées indifféremment le jour et la nuit, conformément au tableau de service. Le tableau de service nominatif mensuel répartit les sujétions résultant de la participation à la permanence des soins par roulement entre les praticiens et notamment celles attachées à la mise en place du repos quotidien et du repos de sécurité selon les dispositions respectives applicables aux différentes catégories de personnels. Ce tableau est arrêté avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant, par le directeur, sur proposition du chef de service conformément à l'organisation du temps de présence médicale et pharmaceutique arrêtée annuellement par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement.

Ce tableau atteste, dans chaque service, des droits ouverts pour chacun des praticiens, du respect de leurs obligations de service et du niveau de présence médicale minimale telle que définie dans la maquette d'organisation médicale, pour assurer la continuité des soins. Ce niveau de présence minimale servira de référence pour assigner les professionnels en période de grève. Les médecins, ne peuvent s'exonérer de la responsabilité médicale de la continuité des soins.

1.5.6.2 Les internes en médecine, en odontologie et en pharmacie

Les internes en médecine et en pharmacie qui accomplissent leur troisième cycle d'études dans les conditions

prévues aux articles L. 632-2, L. 632-5, L. 633-2 et L. 634-1 du code de l'éducation, consacrent la totalité de leur temps à leur formation médicale, odontologique ou pharmaceutique en stage et hors stage.

En stage, l'interne est sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil. Un tableau de service nominatif prévisionnel organise les huit demi-journées par semaine que l'interne doit accomplir au titre de sa formation en stage et hors stage, ainsi qu'au service de gardes et astreintes défini dans l'établissement.

1.5.6.3 Les sages-femmes

Les sages-femmes sont responsables, au sein du centre de péri-maternité dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession.

Elles peuvent notamment effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

1.5.6.4 La coordination des soins dispensés aux patients

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y participent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de la qualification et des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés, le cas échéant, à dispenser et d'une manière générale, du devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement.

1.5.6.5 Les soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Le directeur des soins ou son représentant exerce les fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Cette organisation se fait en lien avec le coordonnateur général des soins du Groupement Hospitalier de Territoire.

Le directeur des soins est membre de l'équipe de direction et, à ce titre, définit et pilote la mise en œuvre de la politique des soins dans le cadre de la stratégie de l'établissement. Il participe à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en lien avec les cadres coordonnateurs de pôle et les cadres de proximité.

1.5.6.6 Les étudiants et les élèves en formation infirmière, aide-soignante et ambulancière

Les étudiants et les élèves de l'Institut de Formation aux Professions de Santé participent à l'activité hospitalière, sous la responsabilité des cadres paramédicaux et des professionnels tuteurs de stage. Ils sont

soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation. Ils suivent des enseignements pratiques dispensés au sein de l'hôpital et des enseignements théoriques organisés par l'institut. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Les étudiants doivent contacter en amont du stage le cadre responsable de l'unité dans laquelle ils sont affectés, afin d'échanger sur les modalités du déroulement du stage.

Le tuteur de stage a la responsabilité avec le cadre de santé, de coordonner les différents apprentissages et de remplir les différentes modalités d'évaluations sollicitées par les instituts de formation.

CHAPITRE 2 : LES MESURES DE POLICE GENERALE

Le non-respect par un agent des prescriptions citées ci-dessous est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

2.1 La circulation et le stationnement des véhicules

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement.

Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du Centre hospitalier, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de dégradations.

2.1.1 La circulation des véhicules

Les voies et dessertes établies dans l'enceinte de chaque site du Centre hospitalier constituent des dépendances du domaine public de l'établissement. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public hospitalier.

Dans les enceintes des différents sites du Centre Hospitalier, la circulation des véhicules est soumise au respect des règles du Code de la route.

Les conducteurs doivent rouler au pas et sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.

L'utilisation de véhicules ou moyens de déplacement personnels est interdite dans les locaux de l'établissement (trottinettes, rollers, vélos...), à l'exception des moyens de déplacement justifiés médicalement (déambulateurs, fauteuils roulants...).

2.1.2 Le stationnement des véhicules

Dans les enceintes des différents sites du Centre Hospitalier, les véhicules ne peuvent être stationnés que sur des emplacements manifestement prévus à cet effet et ne doivent en aucune manière gêner les circulations ou bloquer des voies d'accès. Les services de police sont autorisés à intervenir en tant que de besoin par la Direction du Centre Hospitalier.

Les agents du Centre Hospitalier doivent se garer sur les emplacements prévus en fonction de leur affectation. Des aires de stationnement sont en outre réservées à certaines catégories de personnels. Des places réservées aux personnes à mobilité réduite sont également matérialisées.

Sauf certaines personnes autorisées, le stationnement sur le parking public est interdit pour le personnel.

Aucun stationnement n'est toléré sur les voies réservées pour l'intervention des secours extérieurs.

Un stationnement gênant ou en dehors des places aménagées, peut entraîner la pose d'un autocollant sur le véhicule.

Un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut non seulement entraîner de graves dégâts au véhicule, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à leur encontre.

Dans ces deux situations, tout stationnement abusif peut entraîner une verbalisation et/ou une mise en fourrière dans les conditions prévues par le Code de la route.

2.2 La sécurité incendie

La sécurité incendie est un processus ayant pour finalité de limiter les conséquences d'un départ de feu dans l'établissement. Les conséquences sont graves et nombreuses. Elles peuvent être humaines, matérielles, financières, juridiques, environnementales ayant des impacts certains sur la continuité des soins.

Pour vaincre le feu avec un minimum de conséquences, il importe d'agir vite. L'alarme et l'alerte doivent être données le plus rapidement possible.

Le code du travail (Article R4227-28) prévoit que le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour que tout commencement d'incendie puisse être rapidement et efficacement combattu dans l'intérêt du sauvetage des travailleurs.

Pour rendre tous les agents les plus efficaces possible une formation obligatoire est dispensée à l'ensemble des agents et renouvelée tous les trois ans.

Une organisation est prévue en cas d'alarme incendie. Le SOSI (Schéma d'Organisation de la Sécurité en cas d'Incendie) de l'établissement prévoit que, dès le déclenchement de l'alarme incendie :

Dans les services de soins, les personnels soignants :

- Effectuent la levée de doute
- Contactent le PC sécurité YLF pour décrire les faits
- Effectuent la mise en sécurité des occupants
- Mettent en œuvre les moyens d'extinction

Dans les autres services, l'ensemble des occupants :

- Évacuent sans délai au point de rassemblement
- Ferment les portes et fenêtres
- S'assurent que tous les occupants sont sortis
- Se rangent de façon ordonnée
- Effectuent un comptage des effectifs
- Attendent l'arrivée du service sécurité qui confirme la reprise de l'activité ou non

Pour faciliter l'intervention des secours extérieurs, il est rappelé l'importance de se garer sur les parkings attribués (selon l'affectation du service de chacun) pour assurer la vacuité des passages empruntés par les sapeurs-pompiers. En cas de stationnement gênant, un autocollant sera apposé sur les véhicules concernés voire le retrait de ceux-ci.

En termes de prévention, il est rappelé à l'ensemble du personnel qu'il est interdit :

- D'encombrer une issue de secours et les circulations
- De stocker des liquides et produits inflammables sans accord préalable du service sécurité
- De caler les portes ou de gêner leur fermeture

- De fumer dans les locaux
- De changer l'activité d'un local sans accord préalable du service sécurité
- D'empêcher l'accessibilité aux moyens de secours (extincteurs, robinet d'incendie armé, colonnes sèches...)

Tout personnel apercevant un début d'incendie est tenu de donner l'alerte et de mettre en œuvre les moyens de premier secours, sans attendre l'arrivée des travailleurs spécialement désignés.

Des exercices d'évacuation simulée sont organisés périodiquement afin de maintenir le niveau de connaissance du personnel.

2.3 La sûreté

2.3.1 La nature et l'opposabilité des règles de sécurité générale

Les règles de sécurité générale (santé sécurité au travail, sécurité incendie, sûreté,) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers.

L'ensemble de ces règles vise à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

Elles visent en outre, à garantir le calme et la tranquillité des usagers, ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnels

L'ensemble de ces règles vise également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le Directeur édicte ces règles par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Il veille au strict respect des règles de sécurité du fonctionnement de l'hôpital et coordonne leur mise en œuvre. Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'hôpital, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité générale, dans l'intérêt de tous. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

2.3.2 Les règles relatives d'accès au Centre Hospitalier

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur qui, le cas échéant, peut prendre, dans l'intérêt général, les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein de l'hôpital n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie de l'hôpital (en faisant appel aux forces de l'ordre lorsque cela est nécessaire).

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur précise et organise les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux.

Cette politique de droits d'accès est coordonnée par le responsable de la sûreté de l'établissement.

Sauf besoins spécifiques de service ou autorisations spéciales délivrées par le directeur, il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière.

Toute personne, et particulièrement tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'établissement est invité à mettre un terme à ce trouble sans délai. Si nécessaire, il peut être raccompagné à la sortie. S'il refuse, il peut être fait appel aux forces de l'ordre, par le PC sécurité, pour lui enjoindre de quitter l'établissement.

2.3.3 Les modalités d'application des règles de sécurité générale

La sûreté est un domaine de la gestion des risques ayant pour finalité de limiter les risques intentionnels susceptibles de nuire à la permanence et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers.

Elle vise à garantir le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre tous les types de risques d'origine intentionnelle (allant de l'incivilité aux risques d'attentat).

Tout agent de l'établissement participe, dans la limite de ses moyens et de ses attributions, à la sécurité générale (sécurité incendie et sûreté) de l'établissement.

Pour ce faire, une formation progressive et actualisée dans le temps de l'ensemble du personnel et consistant en l'acquisition des connaissances et compétences en matière d'appréhension et de gestion des situations de violence est déployée par l'établissement.

En cas de problèmes de sécurité générale, tous les personnels hospitaliers intervenant exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect du statut de la fonction publique hospitalière et des textes pris pour son application.

L'intervention des agents de sécurité incendie et de sûreté du prestataire externe est conditionnée au strict respect des engagements contractuels consentis entre le Centre Hospitalier et le prestataire lui-même qui reste leur autorité d'emploi.

Ces règles sont prises dans le respect :

- D'une part du code de la sécurité intérieure (codification de la loi 83-629 du 12 juillet 1983) pour le cadre d'emploi des agents de sûreté
- D'autre part de l'arrêté du 25 juin 1980 (relatif aux dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public) ainsi que l'arrêté du 2 mai 2005 (relatif aux missions, à l'emploi et à la qualification du personnel permanent des services de sécurité incendie des établissements recevant du public pour les agents de sécurité incendie).

Quel que soit le statut et le cadre d'emploi de l'agent, les possibilités d'intervention sur les personnes malveillantes sont limitées aux cas prévus par les articles 223-6 du Code Pénal (obligation d'assistance aux

personnes en péril), 73 du Code de Procédure Pénale (crime ou délit flagrant) et 122-5, 122-6 et 122-7 du Code Pénal (légitime défense ou état de nécessité).

Ils interviennent dans l'établissement à la demande des personnels en situation de danger ou à la demande du Directeur de garde ou de son représentant.

Les personnels peuvent procéder à l'inspection visuelle des bagages à main et, avec le consentement de leur propriétaire, à leur fouille.

Ils peuvent également demander à la personne de se soumettre au détecteur de métaux portatif pour vérifier qu'elle ne dissimule pas d'objet dangereux sur elle.

Sauf dispositions particulières imposées par la situation (et sur autorisation préfectorale), ils ne peuvent procéder à une palpation de sécurité.

Ils peuvent en revanche retenir aux sorties de l'hôpital, en fonction de leurs moyens et durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit.

Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'établissement pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent et de la procédure réglementaire de dépôt d'objet, ils ne peuvent, sans l'accord et sans la présence de l'intéressé (salarié de l'établissement ou usager), procéder à l'ouverture d'une armoire, d'un bagage, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

Ainsi, l'ouverture du vestiaire d'un agent est soumise à une décision du Directeur de l'établissement en cas de circonstances exceptionnelles et à la présence et à l'accord de l'intéressé.

L'installation de systèmes d'alarme anti intrusion (avec ou sans service de télésurveillance), de matériels de vidéo protection, de contrôle d'accès informatisé ne peut intervenir que dans le cadre d'un plan d'équipement préparé par le responsable de la sûreté et préalablement soumis par le Directeur aux instances représentatives locales compétentes de l'hôpital.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de garantir le respect du secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel. Dans ce contexte, l'accompagnement de l'agent par un représentant de la direction est systématiquement proposé.

Le Directeur ou son représentant porte plainte pour les dommages subis par le Centre Hospitalier. Le Centre hospitalier, représenté par son Directeur, peut se porter partie civile en cas d'affaire pénale concernant des faits de violence perpétrés à l'encontre du personnel après dépôt de plainte par ce dernier.

Le Directeur ou son représentant informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont

portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

Le Directeur de garde, et par extension le PC SECURITE, décide s'il y a lieu de demander une intervention des forces de l'ordre au sein de l'hôpital, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

De plus, en cas de danger, les personnels de l'établissement font appel au PC SECURITE pour demander une intervention des agents de sûreté et/ou de sécurité incendie.

En journée (7h-19h) : Envoi, en fonction des disponibilités, d'un agent de sécurité incendie pour constater la situation, mettre en sécurité le personnel si besoin et confirmer au PC SECURITE la nécessité de recourir à l'intervention des forces de l'ordre.

En nuit (19h-7h) : Envoi immédiat et systématique de l'agent de sûreté et, en fonction des disponibilités, d'un agent de sécurité incendie.

L'agent de sûreté a pour mission de constater la situation, engager une médiation et en dernier recours intervenir physiquement pour maîtriser la menace.

Parallèlement, l'agent de sécurité incendie a pour mission de mettre en sécurité le personnel si besoin et confirmer au PC SECURITE la nécessité de requérir l'intervention des forces de l'ordre, il se charge ensuite de l'accueil et du guidage des renforts extérieurs.

Le personnel du service ne peut faire appel directement à la force publique, cette mission est dévolue au PC SECURITE qui coordonne la gestion de crise et l'accueil des renforts extra hospitaliers.

En cas d'intervention des autorités de police ou d'enquête de police judiciaire, le Directeur de l'hôpital ou son représentant doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette intervention ou cette enquête interviennent.

Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le Directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation et d'hébergement.

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site de l'hôpital.

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, pour son personnel, ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le Directeur peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés, faire procéder en urgence à

l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence (Situations Sanitaires Exceptionnelles, événement particulier/catastrophe naturelle ou technologiques), le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'hôpital, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

Dans le cadre du dispositif Vigipirate, applicable dans les établissements de santé, il y a lieu d'exercer une vigilance accrue dans l'application des mesures de sécurité à mettre en œuvre dans tous les lieux appelés à recevoir du public, notamment dans les établissements de santé.

2.4 Les règles de vie collective

2.4.1 L'hygiène à l'hôpital

Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital. Chacun est tenu de l'observer.

Le port d'une tenue professionnelle propre, adaptée et dédiée aux secteurs de soins est exigée.

Lors des soins et en préalable à toute hygiène des mains, il est exigé :

- D'avoir les avant-bras dégagés
- D'avoir les ongles courts, sans vernis, faux ongles ou résine,
- De ne pas porter de bijou (bague, alliance, montre, bracelet)

2.4.2 Les animaux à l'hôpital

Sans préjudice des activités de zoothérapie et médiation animale organisées par l'établissement, les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte et dans les locaux des différents sites du Centre Hospitalier, sauf les chiens d'aveugles, qui peuvent accompagner leur maître, lorsque celui-ci vient pour des soins, sauf dans les salles de soins ou d'exams.

L'introduction d'animaux domestiques peut faire l'objet d'un arbitrage spécifique selon les situations particulières rencontrées, telles que la fin de vie. Cette disposition tiendra compte des contraintes et spécificités de l'unité d'accueil.

2.4.3 L'interdiction de fumer

Par mesure de santé publique, d'hygiène et de sécurité, et selon les termes de l'ordonnance n°2006-596 du 23 mai 2006 et du décret n°2007-1133 du 23 juillet 2007, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier. Cette interdiction concerne également les cigarettes électroniques.

Cette interdiction s'applique aux personnels, aux patients ainsi qu'aux visiteurs se trouvant dans l'enceinte du Centre Hospitalier. Elle s'applique notamment aux bureaux individuels et aux chambres de patients.

Tout contrevenant, membre du personnel, patient, résident ou visiteur, s'expose à des sanctions disciplinaires ou pénales en cas de manquement à cette interdiction.

Il est demandé de ne pas laisser les mégots en dehors des cendriers.

Les agents du Centre Hospitalier peuvent, s'ils le souhaitent, bénéficier d'une aide au sevrage tabagique.

2.4.4 L'usage des téléphones portables par les professionnels de l'établissement

L'utilisation du téléphone portable personnel est interdite dans le cadre des activités qui demandent concentration et/ou respect strict des procédures d'hygiène. Le téléphone portable doit donc se limiter à un usage professionnel, à l'exception des moments de pause et des situations d'urgence personnelles.

En cas de nécessité, l'agent peut être contacté sur un téléphone de son service.

La mention de données professionnelles sur les réseaux sociaux est interdite, en lien avec les obligations qui s'imposent aux professionnels de santé : devoir de réserve, discrétion professionnelle et secret professionnel. Cette disposition concerne, à la fois les commentaires et les documents audiovisuels. En particulier, aucune photographie ou film de la situation de travail ne doit être diffusé sur ce type de réseau sans autorisation préalable de la direction de l'établissement, ainsi qu'aucun commentaire diffamatoire.

2.4.5 Les objets et produits interdits

L'introduction d'armes ou de produits stupéfiants dans l'enceinte des différents sites du Centre Hospitalier est strictement interdite. Toute personne qui contrevient à cette disposition s'expose à la confiscation des objets ou produits en cause le temps du séjour hospitalier, et, le cas échéant, à une saisie par les autorités de police ou de gendarmerie.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi (armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques...) doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

2.4.6 Le respect de la laïcité et neutralité du service public

Le personnel médical et non médical tout comme le personnel administratif ou les étudiants sont tenus de respecter les principes de neutralité et de laïcité.

Cette obligation doit s'appliquer dans tous les locaux du Centre Hospitalier.

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. (...) Le service public est laïc. Il en résulte notamment que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein du Centre Hospitalier, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public .

La distribution de tout document à caractère politique, religieux ou associatif, à des fins de propagande ou de prosélytisme, est interdite dans les locaux et dans les enceintes des sites du Centre Hospitalier.

2.4.7 L'interdiction de dissimulation du visage

Selon la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public, nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage.

Le Centre Hospitalier rentre dans la définition de la notion d'espace public qui est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public.

Il pourra dans ces conditions être demandé aux personnes concernées de se contraindre au présent règlement intérieur et aux lois en vigueur sur le territoire français.

L'interdiction de porter une tenue destinée à dissimuler son visage ne s'applique pas si la tenue est notamment justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels.

2.5 L'exercice du droit de visite dans l'établissement

2.5.1 Les conditions d'exercice du droit de visite

L'accès à l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite.

La présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou leurs proches et les membres du personnel doit être immédiatement signalée à l'administrateur d'astreinte.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service sans l'autorisation préalable de la direction qui sollicite, si besoin est, l'avis du ou des chefs de service concernés.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès aux patients, sauf accord de ceux-ci et des chefs de service et après autorisation de la direction.

Les notaires, qui ont la qualité d'officier public, n'ont pas à solliciter une quelconque autorisation de la part de la direction pour se rendre auprès des patients qui en ont fait la demande, quel que soit l'état de santé de ces derniers.

Les usagers peuvent solliciter le cadre paramédical ou à l'infirmier du service afin de limiter leurs visites. De la même façon, le nombre de visiteurs pourra être limité par décision du médecin responsable de l'unité.

La visite des jeunes enfants peut être déconseillée dans certaines circonstances ou dans certaines unités après l'avis du médecin chef de service.

2.5.2 Les horaires de visite

Les visites aux patients hospitalisés sont autorisées tous les jours de 11H30 à 20H30.

En EHPAD, le résident peut recevoir des visites dans sa chambre ou dans d'autres lieux de vie au sein de l'établissement. Les visites sont autorisées de 09h00 à 21h30. Il est préconisé d'éviter autant que possible, les visites durant les horaires de repas.

L'encadrement des services peut être conduit à aménager ces horaires suivant les nécessités du service, ou en regard du projet de soins du patient.

Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Lorsque l'état du patient le justifie ou lorsque l'hospitalisé est un enfant, la présence d'un accompagnant doit être facilitée en dehors des horaires de visite.

2.5.3 Les obligations des visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des services.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent s'abstenir de fumer dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les chambres des patients :

- Des médicaments, sauf accord exprès du médecin en charge du patient,
- Dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient,
- L'eau stagnante dans laquelle baignent les fleurs est source d'innombrables germes. C'est pourquoi, les plantes en pot contenant de la terre et les fleurs coupées ne sont pas autorisées dans les services.

Les visiteurs doivent se conformer aux demandes du personnel soignant et ne pas apporter à un patient des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients pendant l'exécution des soins et examens.

Le nombre des visiteurs pourra être limité par décision du médecin chef de service.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et solliciter le directeur ou son représentant pour décider de l'expulsion du visiteur et de l'interdiction de visite (Article R1112-47 du CSP).

2.6 Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles

En cas d'afflux massif de victimes, un plan de mobilisation interne ou de gestion des situations sanitaires exceptionnelles est mis en place.

Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est déclenché par l'administrateur de garde en lien avec le Directeur du Centre Hospitalier et le SAMU. Il prévoit, sous forme de fiches actions, les rôles coordonnés des différents intervenants : médecins, personnels soignants et logistiques, cadres de direction. Il indique où se procurer les matériels nécessaires stockés pour faire face à ce genre d'occurrence. Il précise comment gérer et informer les familles, proches des victimes, la presse et les personnalités officielles. Il spécifie les modalités de circulation à l'intérieur de l'établissement. Enfin, il prévoit les conditions d'appel de personnel supplémentaire.

En cas de circonstances exceptionnelles, l'administrateur de garde doit prendre toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

L'administrateur de garde peut faire procéder dans ces circonstances, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation.

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées. Sont notamment concernées l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules, ou la justification par les personnes du motif de leur accès sur le site de l'hôpital.

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur (ou l'administrateur de garde) peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le directeur (ou l'administrateur de garde) doit prendre toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'hôpital, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

CHAPITRE 3 : LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT

3.1 Les admissions

3.1.1 Les dispositions générales relatives à l'admission du patient majeur

3.1.1.1 L'admission sur décision du Directeur

L'admission à l'hôpital est prononcée par le directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement. Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par un médecin ou un interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans mention de l'affection qui motive l'admission. Il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service hospitalier donnant tous renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

3.1.1.2 L'admission sur décision du Directeur de l'Agence Régionale de Santé

En cas de refus d'admettre un patient qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

3.1.1.3 L'admission en urgence

Si l'état d'un patient ou d'un blessé réclame des soins urgents, le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Plus généralement, il prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés.

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des patients ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le cadre ou, à défaut, par une infirmière de l'unité.

3.1.1.4 Le transfert après premiers secours

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un patient ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

En dehors des cas d'urgence, le consentement du patient est recueilli avant tout transfert provisoire ou définitif.

3.1.1.5 L'accueil des patients

L'accueil des patients et des accompagnants doit être assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission. Les personnes hospitalisées sont informées de l'identité des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dès son arrivée au Centre Hospitalier, chaque hospitalisé reçoit un livret contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour.

3.1.1.6 L'identification des patients

Dans le cadre de la démarche institutionnelle de sécurisation de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (identitovigilance), le port d'un bracelet d'identification est proposé à chaque patient hospitalisé lors de son entrée. En cas de refus du port, cette information est tracée dans le dossier du patient.

3.1.1.7 Le régime d'hospitalisation

Au Centre hospitalier, il existe un régime commun et un régime particulier.

Dans le cadre d'une d'hospitalisation, l'installation du patient dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, peut donner lieu à facturation. L'établissement doit informer le patient du prix de cette prestation et établir une facture détaillée. (Article R162-27 du Code de la sécurité sociale).

La chambre particulière est facturée pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie. Le jour de sortie n'est toutefois pas facturé si le patient décède pendant le séjour ou s'il est transféré dans un autre établissement de santé.

Lorsque l'état d'un patient requiert son isolement en chambre à un lit, ou une surveillance particulière il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

Lorsque les patients optent pour le régime particulier ou l'activité libérale des praticiens hospitaliers, l'option est formulée par écrit, dès l'entrée du patient, par lui-même, un membre de sa famille ou un proche, après que l'intéressé a pris connaissance des conditions particulières qu'implique le choix de l'une ou de l'autre de ces catégories.

L'engagement de payer les suppléments au tarif de prestations, qui doivent être précisément indiqués, est signé en même temps, sous réserve, en ce qui concerne les assurés sociaux, des conventions entre les établissements publics de santé et les organismes prenant en charge les frais de soins.

Il est précisé clairement aux bénéficiaires de la Protection Universelle Maladie (PUMa) et de l'Aide Médicale de l'Etat que les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnant ne seront pas pris en charge par les organismes sociaux.

3.1.1.8 Les consultations externes

Les horaires des consultations externes de chaque spécialité ou discipline et de chaque médecin sont déterminés.

De même, les consultations externes effectuées dans le cadre de l'activité libérale par les praticiens ont des horaires bien définis. Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions particulières que pour les hospitalisations du dit secteur.

3.1.1.9 La prise en charge des frais d'hospitalisation

Lors de leur admission, il est demandé aux patients de fournir une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour...). L'établissement en conserve une copie, sauf opposition exprimée par le patient, à des fins d'identitovigilance.

Les bénéficiaires d'une couverture sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de Sécurité Sociale dont ils relèvent et de leur mutuelle complémentaire éventuelle.

Les bénéficiaires de la couverture universelle Maladie doivent être munis de l'attestation P.U.Ma.

Les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat sont munis d'une décision d'admission d'urgence ou, à défaut, de tous documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

Les bénéficiaires de l'article L 212-1 des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

Les patients qui ne bénéficient pas des régimes de protection ci-dessus énumérés peuvent être appelés à signer un engagement de paiement ou à verser au moment de leur admission, à titre provisoire, une somme renouvelable selon la durée de l'hospitalisation et qui viendra en déduction de l'avis de sommes à payer correspondant à leur séjour.

Le service social de l'établissement peut être sollicité pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie. Le service social aide le patient pour toutes démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son hospitalisation.

3.1.2 Les dispositions particulières à certains patients

3.1.2.1 L'accouchements sous X

Si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission (accouchement sous X), dans les conditions prévues par l'article L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise.

Par ailleurs, l'intéressée est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par l'intermédiaire du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Elle est également informée qu'elle peut à tout moment donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance.

3.1.2.2 Les militaires

Les militaires de carrière, malades ou blessés, ne sont pas hospitalisés au sein des hôpitaux civils et sont pris en charge par le Service de santé des Armées.

Ceci n'interdit bien entendu pas leur admission dans un hôpital civil lorsqu'elle est nécessaire.

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées le plus proche.

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

3.1.2.3 Les détenus

Les détenus nécessitant des soins hospitaliers doivent être transférés dans un hôpital disposant d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale.

Le directeur général de l'ARS désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, un établissement de santé à proximité, pour les hospitalisations présentant un caractère d'urgence ou de très courte durée.

Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police ou de gendarmerie, et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police.

Les visites au patient détenu et sa liberté de correspondance épistolaire et téléphonique sont encadrées par des dispositions spécifiques.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle.

Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D. 280 du Code de procédure pénale.

3.1.2.4 Les mineurs

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.

L'admission d'un mineur que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

La doctrine retient qu'une mère mineure est, malgré sa minorité, titulaire de l'autorité parentale sur son enfant.

Si les soins et examens envisagés sont usuels, la demande d'admission est recevable de la part d'un seul titulaire de l'autorité parentale.

Sauf cas particulier, si les soins envisagés sont non usuels, l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale est requis.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence (Article R1112-35 du CSP).

PRECAUTION PARTICULIERE

Lorsqu'il existe un désaccord entre les parents sur la décision d'hospitalisation ou la nature des soins et hors les cas d'urgence imposant une intervention médicale pour sauvegarder la santé du mineur, il leur revient de saisir le juge des enfants ou le juge aux affaires familiales.

En effet, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le Ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Lorsque le patient relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur adresse sous pli cacheté dans les quarante-huit heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance le certificat confidentiel du médecin chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

Lorsqu'à l'admission d'un mineur, un médecin découvre ou suspecte qu'il est victime de sévices, il doit mettre en œuvre la procédure de protection des mineurs en le signalant aux autorités judiciaires ou administratives, que les parents consentent ou refusent l'hospitalisation.

EXCEPTIONS DE L'ADMISSION A LA DEMANDE DU MINEUR

Dans certaines circonstances, l'admission du mineur peut être prononcée sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale.

Il s'agit des cas suivants :

- Le mineur émancipé ;
- Le mineur dont les liens familiaux sont rompus et qui bénéficie personnellement à ce titre de la PUMa ;
- En cas d'urgence : dans ce cas, les formalités d'admission passent après l'obligation de soins, sous réserve de régulariser la situation auprès des parents le plus rapidement possible ;
- Lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur et lorsque celui-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale et souhaite garder le secret sur son état de santé ;
- La mineure qui souhaite subir une IVG, sans l'accord de l'un ou de ses deux parents,
- Lorsque des parents refusent un traitement, ou refusent de faire pratiquer une intervention sur leur

enfant, et que ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur (dans ce cas, la loi prévoit que « le médecin délivre les soins indispensables »).

Rappel sur l'émancipation :

- Le mineur est émancipé de plein droit par le mariage;
- Le mineur non marié et ayant atteint l'âge de 16 ans révolus peut être émancipé par décision du juge des tutelles, à la demande des père et mère ou de l'un d'eux (situation très rare en pratique).

3.1.2.5 Les majeurs légalement protégés

La personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique doit être associée à la décision d'une manière adaptée à son discernement. Dès lors, le consentement à l'hospitalisation du majeur protégé doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et notifié sur le document institutionnel « Questionnaire en vue d'une intervention médicale pour un majeur protégé » ([FORM-2023-0019](#)). Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision. »

Les biens des incapables majeurs, hospitalisés dans l'établissement, sont administrés dans des conditions particulières régies par textes réglementaires, notamment de l'article R112-37 du Code de la santé publique et les articles 436, 498 du code civil. Ces dispositions sont également prévues dans la procédure interne de l'« Inventaire de patrimoine du majeur protégé » ([PROC-2017-0001](#)) lorsque le mandat de protection juridique est confié au mandataire judiciaire à la protection des majeurs, préposé d'établissement.

3.1.2.6 Les patients souffrants de toxicomanie

Ces patients lorsqu'ils se présentent spontanément au sein de l'établissement pour leur prise en charge, peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées, un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

Les personnels de l'établissement sont dans l'obligation lors de la découverte ou de la remise volontaire de produits stupéfiants illégaux, d'informer le patient du fait que ces produits seront remis, sans mention de leur provenance, par le directeur de l'établissement de santé aux autorités compétentes (police, gendarmerie). Dans cette situation, la procédure interne « conduite à tenir en présence de drogue détenue par un patient » ([MOP-2014-0019](#)) est mise en œuvre.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par la réglementation (Article L3413-1 du CSP).

3.1.2.7 Les mineurs accompagnants

Dans les cas où il n'existe pas de personne majeure disponible pour en assurer la garde, avec l'accord du titulaire de l'autorité parentale, le mineur accompagnant d'une personne hospitalisée peut être admis pour une durée limitée sur décision du Directeur ou de son représentant.

3.2 Les conditions de séjour

Le Centre Hospitalier s'applique à diffuser, à respecter et à faire respecter les droits des patients tels qu'ils sont reconnus dans le Code de la santé publique.

Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

3.2.1 Les informations médicales et consentement aux soins

3.2.1.1 L'information du patient sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Rappel de la LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

« Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

« La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle ».

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve du cas où le mineur aurait demandé le secret.

Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou ses ayants-droit si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, est informée sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un ou d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

3.2.1.2 L'information de la famille et des proches du patient

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne prise en charge ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet. Le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin fait mention écrite de cette opposition.

3.2.1.3 Le consentement aux soins et le refus de soins

Le consentement aux soins

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la

personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté ou à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des patients.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Le refus de soins d'un patient

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du patient reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables et le patient doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient.

Lorsqu'une personne n'accepte pas le traitement, l'intervention ou les soins qui lui sont proposés ou souhaite interrompre le traitement, une proposition alternative de soins est recherchée au préalable dans toute la mesure du possible.

La sortie du patient peut éventuellement être prononcée par le Directeur ou son représentant dans les conditions prévues à l'article « sortie contre avis médical ».

En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du patient, le médecin responsable s'assure que le refus du patient procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt. Le médecin informe, s'il y a lieu, la « personne de confiance » désignée, ou la famille ou un autre proche. Le patient conscient doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

En cas de refus persistant, le médecin responsable prend les décisions qu'il estime nécessaires pour le patient compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger et de la connaissance qu'il a du refus du patient d'accepter les soins. Il en informe immédiatement le directeur ou son représentant.

Le cas particulier du refus de soins d'un patient en fin de vie

S'agissant d'un patient en fin de vie, lorsque ce dernier est conscient et décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin est tenu de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix. La décision du patient est inscrite dans son dossier médical.

A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie est mis en œuvre dans les cas suivants : lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

Lorsque la décision du patient, atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et dans le cadre du refus de l'obstination déraisonnable, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, le médecin applique le traitement à visée sédative et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés.

L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. La décision du médecin est motivée et inscrite dans le dossier médical.

Dans ces cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs.

3.2.1.4 La personne de confiance

Lors de toute hospitalisation, il est proposé au patient majeur et non placé sous tutelle de désigner par écrit une personne de confiance.

Cette personne de confiance, qui peut-être un parent, un proche ou le médecin traitant, est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

Si le patient le souhaite, elle l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Un mineur ne peut pas désigner une personne de confiance.

3.2.1.5 Les directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

Ces directives anticipées informent sur les souhaits d'une personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont modifiables et révocables à tout moment. C'est au moment de l'admission du patient dans l'établissement que le patient est questionné sur la rédaction de ses directives anticipées et de l'endroit où elles sont disponibles.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées est prise à l'issue d'une procédure collégiale et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient, ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

3.2.1.6 Le dossier médical

Accès au dossier médical

L'accès au dossier médical est réservé :

- Au patient lui-même, s'il est majeur, au(x) détenteur(s) de l'autorité parentale pour le dossier d'un patient mineur, sauf si ce dernier s'y est expressément opposé,
- Au tuteur pour le dossier d'un patient sous tutelle, lorsque l'état de ce dernier ne lui permet pas de prendre les décisions,
- Aux ayants droits d'un patient décédé ou, au concubin ou, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où ils souhaitent connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, ou faire valoir leurs droits, et à condition que le patient ne s'y soit pas expressément opposé de son vivant.

Cet accès s'effectue sur place, dans le service, auprès d'un médecin, après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé.

Sur demande expresse du requérant, il peut également s'effectuer par duplication de tout ou partie des éléments communicables du dossier, puis, le cas échéant, par envoi postal. La duplication et l'envoi sont facturés au requérant sur la base de tarifs arrêtés par le directeur si les éléments du dossier demandés avaient déjà été communiqués.

L'établissement assure cet accès au plus tard dans les 8 jours suivant la demande complète et en fonction des possibilités techniques. Ce délai est porté à 2 mois si le dossier médical date de plus de cinq ans.

Il n'est pas tenu de donner suite à des demandes manifestement abusives, en particulier par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique.

Conservation du dossier médical

L'établissement assure la conservation du dossier médical des patients. Il ne délivre que des copies. La durée de conservation des pièces du dossier médical est en principe de 20 ans.

Lorsque le patient est mineur, le dossier doit être conservé jusqu'au 28^{ème} anniversaire du patient minimum. Lorsque le délai des 20 années s'achève avant le 28^{ème} anniversaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date.

Lorsque le patient est décédé, le dossier doit être conservé pendant une durée de 10 ans à compter du décès. Les dossiers de transfusions sanguines sont conservés 30 ans.

Le point de départ du délai de conservation du dossier médical est le jour de sortie de la dernière hospitalisation du patient dans l'établissement.

Informatique et libertés

A l'occasion de l'admission et du séjour du patient au sein de l'établissement, des informations nominatives le concernant, d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Elles font l'objet d'un traitement informatique spécifique. Ces modalités de traitement sont détaillées sur le site internet de l'établissement, rubrique protection des données ou par affichage dans les salles d'attente.

L'hôpital est garant de la sécurité matériel et technique du traitement, de la confidentialité et de la conservation de ces données.

L'utilisation de ces données est encadrée par le Règlement européen Général de Protection des Données (RGPD). Ce dernier accorde des droits au patient (accès, rectification, effacement, limitation du traitement, opposition au traitement, portabilité) relatifs à l'utilisation de ces informations. Le patient peut exercer ces droits, sous certaines conditions, en sollicitant le service clientèle :

- Par mail : qualite-gdr@ch-autun.fr
- Par voie postale au 7 bis rue de Parpas 71407 AUTUN Cedex.

Si le patient estime, après avoir sollicité l'établissement, que ses droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données ou pour toutes questions concernant la protection des données, il peut contacter le Délégué à la Protection des Données à l'adresse dpd@ght71nord.fr .

En cas d'insatisfaction, il peut aussi contacter la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

3 place de Fontenoy

TSA 80715 75334

Paris cedex 07

Téléphone : 01 53 73 22 22

Le Centre Hospitalier attache une grande importance à la sécurisation des données, dans le respect de la réglementation, notamment celle relative à l'hébergement des données de santé à caractère personnel. Dans ce cadre, il peut être amené à confier les données à un hébergeur agréé/certifié HDS (Hébergeur de Données de Santé) par le Ministère de la Santé et de la Solidarité.

Mon espace santé est le service public numérique proposé par l'assurance maladie pour gérer les données de

santé. Il permet de stocker des informations médicales et de les partager avec les professionnels de santé, l'établissement y déposera notamment les comptes rendus d'hospitalisation à la sortie du patient.

3.2.1.7 Le droit au secret, à la discrétion et à la confidentialité

Toute personne prise en charge par l'établissement a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Les hospitalisés majeurs peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par le cadre ou un(e) infirmier(e) de l'unité aux membres proches de la famille, sauf si le patient s'y oppose expressément.

Ces dispositions ne s'appliquent pas, s'agissant des patients mineurs, à l'égard des titulaires de l'autorité parentale, hors des cas où ceux-ci souhaitent garder le secret sur son état de santé et recevoir des soins sans que les titulaires de l'autorité parentale n'en soient informés (**articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du Code de la santé publique**).

3.2.1.8 La prise de vue et l'utilisation de l'image de la personne

Toute personne ou son représentant légal doit préalablement à la captation ou à la diffusion de son image donner son consentement par écrit.

Dans le cas particulier des mineurs ou des incapables majeurs, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, en plus de celle du titulaire de l'autorité parentale, dès lors qu'ils sont capables de discernement.

Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion.

3.2.1.9 L'exercice des droits civiques

En application des dispositions du Code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein de l'hôpital leur droit de vote, par procuration.

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de Police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte de l'hôpital, en présence d'un officier de l'état civil.

3.2.2 La vie à l'hôpital

3.2.2.1 Les repas

Le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner sont servis à des horaires prédéfinis en fonction des sites.

Ces horaires peuvent varier selon les nécessités propres du service.

Les menus, établis en lien avec une diététicienne, sont transmis par courrier électronique à l'ensemble des Cadres de santé pour affichage papier dans chaque unité de soins.

Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

Les aversions et allergènes sont prises en considération dans le respect de la pathologie des patient(e)s.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visites aux hospitalisés, sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas sont facturés par le Bureau des Admissions.

3.2.2.2 Les biens du patient

Dépôt des biens et valeurs du patient et restitution

Lors de son admission dans l'unité de soins, l'hospitalisé est invité à effectuer, après inventaire, le dépôt des sommes d'argent et objets de valeur qui sont en sa possession. L'établissement est en droit de refuser les objets dont la détention n'est pas justifiée pendant le séjour.

Une information orale et écrite est donnée à la personne ou à son représentant légal sur les règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement, et sur la responsabilité de celui-ci en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés.

La personne admise, ou son représentant légal, atteste avoir reçu l'information sur un document conservé dans son dossier.

Si, une fois informée, la personne décide de conserver avec elle les biens susceptibles d'être déposés, la responsabilité de l'hôpital ne peut être engagée, en l'absence de faute établie.

Il est remis au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par l'établissement. Ce document est également versé au dossier du patient.

Le retrait des objets par le déposant ou son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'un reçu.

Dans le cas où la personne, hors d'état de manifester sa volonté et devant recevoir des soins d'urgence, se trouve dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement. Un inventaire de tous les objets dont la personne admise est porteuse est aussitôt dressé, en présence de deux agents.

Concernant les objets dangereux ou illégaux, ils sont susceptibles de faire l'objet d'une confiscation sur décision du Directeur ou de son représentant et d'être remis aux forces de l'ordre.

Les effets personnels du patient

Il est demandé au patient d'apporter :

- Son nécessaire de toilette : shampoing, gel douche, savon, brosse à dents, dentifrice, boîte et produit à dentiers, peigne, brosse à cheveux, rasoir, mousse à raser...
- Son linge personnel : pyjama ou chemise de nuit, robe de chambre, pantoufles, sous-vêtement. L'entretien de votre linge personnel doit être assuré par votre famille ou vos proches.
- Sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le patient conserve ses vêtements et

son linge personnels dont il doit assumer l'entretien.

Le linge personnel (EHPAD et USLD) est lavé et repassé par un prestataire Autunois. Néanmoins, le linge fragile (lainages, rhovyl, etc.) devra être entretenu par les personnes accueillies ou leurs familles.

Le linge personnel des résidents sera obligatoirement identifié et étiqueté dès l'entrée par la lingère de l'établissement. La personne accueillie ou sa famille devra en assurer le renouvellement, aussi souvent que nécessaire et le faire tracer par une fiche d'inventaire de type complémentaire.

Tout vêtement nécessitant un nettoyage à sec ou un traitement particulier est à la charge du résident.

3.2.2.3 Le déplacement des hospitalisés dans l'hôpital

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans information d'un membre du personnel soignant. Dans le cas contraire, le contrat de soins peut être considéré comme rompu.

Les hospitalisés doivent être revêtus d'une tenue décente.

Pour tout déplacement hors de la chambre, un enfant doit être accompagné par un agent hospitalier. Pour les grands mineurs, une décharge parentale écrite doit être demandée pour autoriser les déplacements libres dans l'hôpital.

A partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

3.2.2.4 Les désordres causés par le patient

Le comportement ou les propos des hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres patients ou pour le fonctionnement du service.

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

Les hospitalisés doivent veiller à respecter le bon état des locaux et des biens qui sont mis à leur disposition.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient dans les conditions prévues ci-dessus.

3.2.2.5 Les gratifications

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

3.2.2.6 L'interdiction de filmer, d'enregistrer ou de photographier

Les patients et usagers ont interdiction de filmer, d'enregistrer ou de photographier les professionnels de santé ou d'autres usagers. Si cette interdiction ne devait pas être respectée, l'établissement se réserve le droit d'engager des poursuites.

3.2.3 Les services mis à la disposition des patients

3.2.3.1 Le courrier

Le courrier est distribué et relevé du lundi au vendredi par le service courrier de l'établissement.

Les vaguemestres sont à la disposition des hospitalisés pour toutes leurs opérations postales.

3.2.3.2 Le téléphone

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone installé dans leur chambre.

Ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Si une personne hospitalisée ne souhaite pas ouvrir de ligne téléphonique, elle a néanmoins la possibilité de recevoir directement des appels dans sa chambre.

Toutes les chambres de l'EHPAD et de l'USLD sont équipées de prises téléphoniques. Les résidents peuvent solliciter l'opérateur téléphonique de leur choix et apporter leur téléphone personnel.

L'utilisation des téléphones portables est tolérée dans la mesure où les utilisateurs veillent à respecter les activités de soins, la tranquillité de chacun et font preuve de discrétion lors de leurs communications.

Cependant, les captations audiovisuelles et photographique sont strictement interdites afin de respecter la confidentialité des personnes et des lieux.

3.2.3.3 La télévision et la radio

Les appareils de télévision personnels ne peuvent être introduits à l'hôpital, à l'exception de l'EHPAD et l'USLD.

Les chambres sont équipées de téléviseurs sur le site Parpas et le service de SMR. La prestation est payable à la sortie et au fil du séjour en SMR, uniquement au Bureau des admissions (une facture sera adressée en cas de départ en dehors des heures d'ouverture du bureau).

En aucun cas les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du patient ou de ses voisins.

3.2.3.4 La bibliothèque

Sur le site Latouche, une bibliothèque est située au RDC du bâtiment « Les Remparts ». Le prêt des ouvrages est gratuit.

Des bénévoles passent régulièrement dans les services d'hospitalisation pour proposer un choix de livres.-Le service social

Le service social du Centre Hospitalier est à la disposition des usagers et de leur proche.

3.2.3.5 Les associations

La Direction facilite l'intervention d'associations qui proposent de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des patients, à leur demande ou avec leur accord, au

sein des services.

Les associations qui organisent l'intervention de bénévoles dans l'établissement doivent avoir préalablement passé une convention qui détermine les modalités de cette intervention. Quand les associations utilisent les moyens matériels ou humains de l'établissement, la convention précise les modalités financières de prise en charge.

Les associations de bénévoles agissent en collaboration avec les équipes soignantes et administratives. Elles contribuent à l'accueil et au soutien des personnes hospitalisées et de leur entourage. Elles s'engagent à ne pas interférer dans les soins et à respecter les règles de fonctionnement de l'établissement.

Le partenariat entre le Centre Hospitalier et les associations de bénévoles est fondé sur les principes suivants :

- Respect de la personne (notamment de ses opinions politiques, philosophiques et religieuses), de sa dignité et de son intimité
- Respect de la confidentialité
- Devoir de discrétion

Le Centre Hospitalier fait mention des associations de bénévoles sur ses supports de communication (Affichage, livret d'accueil, site internet) de façon à informer de la présence de l'association au sein du Centre Hospitalier.

Les bénévoles doivent porter, de manière visible, un badge permettant de les identifier dès qu'ils interviennent dans l'enceinte du Centre Hospitalier.

Dans tous les cas, chaque bénévole est présenté au responsable du service concerné où il est appelé à intervenir, préalablement à sa première intervention. Les bénévoles, qui n'interviennent jamais seul, sont tenus d'aviser le personnel soignant de leur présence, chaque fois qu'ils arrivent dans un service pour y intervenir.

3.2.3.6 L'exercice du culte et de la laïcité

L'établissement garantit le respect des croyances et convictions des personnes accueillies et met à leur disposition des moyens pour assurer librement l'exercice de leur culte.

Les hospitalisés peuvent participer à l'exercice de leur culte.

Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès des cadres des services. Leurs coordonnées figurent dans le livret d'accueil des hospitalisés.

La visite des représentants des différents cultes est subordonnée au respect :

- Des convictions de chacun,
- Du principe de laïcité,
- De la réalité hospitalière (confidentialité, respect des soins et de l'hygiène)

3.2.3.7 La distribution de boissons et friandises

Des distributeurs à boissons et confiseries sont à disposition au RDC du CH AUTUN - Site PARPAS, ainsi que dans la salle d'attente du service des Urgences.

3.3 Les sorties

3.3.1 La permission de sortie

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximale de quarante-huit heures (délais de trajet inclus).

Ces permissions de sorties sont données, sur avis favorable du médecin chef de service et par le directeur ou son représentant.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, il est porté sortant sauf cas de force majeure et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

3.3.2 Les formalités de sortie

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin qui l'a pris en charge.

Le bulletin de sortie délivré au patient ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la justification de ses droits.

A la fin de chaque séjour, une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins est rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient. Celle-ci est remise au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord, à la personne de confiance.

La sortie d'un militaire est signalée au chef de corps ou à défaut à la gendarmerie.

3.3.3 La sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5 du Code de la santé publique, et des personnes hospitalisées sans leur consentement, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

A l'exception des patients mineurs et majeurs sous tutelle, des personnes en soins psychiatriques sous contrainte, des patients gardés à vue et des patients prévenus ou détenus, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'hôpital.

Si le médecin responsable du patient estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour sa santé, ce dernier n'est autorisé à quitter l'établissement qu'après avoir rempli un document attestant qu'il a eu connaissance des risques que cette sortie lui fait courir.

Lorsque le patient refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par le praticien et contresigné par deux témoins.

Il doit attester de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants, les modalités de la sortie doivent être mentionnées dans le dossier médical.

Si un patient admis souhaite quitter l'établissement avant d'avoir pu être examiné par un médecin, une décharge est signée ou un procès-verbal est dressé dans les mêmes conditions.

3.3.4 La sortie à l'insu du service

La « fugue » d'un patient peut constituer une situation grave : la sortie du patient à l'insu du service est susceptible de le mettre en situation de danger.

L'établissement répond de la sécurité des personnes admises. De manière générale, une attention particulière doit être portée à l'égard des personnes vulnérables, en raison de leur état physique et psychique.

Dans le cas où un patient a quitté l'établissement sans prévenir, des recherches sont entreprises à l'intérieur et éventuellement à proximité immédiate de l'établissement.

Si les recherches entreprises demeurent vaines, le Directeur ou son représentant doit prévenir les forces de l'ordre, s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure sous tutelle, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale si la situation l'exige. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

Si le patient ne regagne pas le service, sa sortie est prononcée le jour où il a quitté l'établissement. La sortie est constatée par un procès-verbal identique au cas de la sortie contre avis médical.

3.3.5 La sortie disciplinaire

La sortie des patients peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par mesure disciplinaire par le directeur ou son représentant, après avis du chef de service.

La sortie d'un patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou plus généralement du manquement grave aux dispositions du règlement intérieur.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins, le cas échéant dans un autre hôpital, doit être faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

On procédera ainsi :

- Adresser des avertissements oraux et écrits successifs au patient et en garder trace au dossier médical du patient,
- S'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication médicale,
- Prononcer la sortie pour motif disciplinaire uniquement en dernier recours,
- Remettre au patient un courrier précisant les motifs disciplinaires de la sortie et en garder une copie au dossier médical,

3.3.6 L'aggravation de l'état de santé

Lorsque l'état de l'hospitalisé s'est aggravé et que sa mort devient certaine, il peut être, sauf en cas de contre-indications médicales, transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

Les proches d'un hospitalisé en fin de vie sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être autorisés à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du patient le permettent.

3.3.7 La sortie des mineurs

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles.

Dans ces deux cas, une pièce d'identité de la personne venant chercher le mineur ou un extrait de la décision de justice précisant la personne à laquelle est confié l'enfant doit être exigé.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles font connaître au service concerné si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

Lorsque le patient mineur a été hospitalisé sans que, à sa demande confirmée, le ou les détenteurs de l'autorité parentale n'aient été prévenus, il est confié à sa sortie à la personne majeure qu'il a choisie pour l'accompagner.

Des dérogations prévues aux articles L.1111-5 et L. 2212-7 du code de la santé publique ont pour conséquence l'hospitalisation, les actes médicaux et les soins d'un mineur sans l'autorisation du ou des titulaires de l'autorité parentale.

La sortie du mineur, dans ces situations spécifiques (IVG ou acte médical pour lequel le mineur s'est expressément opposé à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin que soit gardé le secret sur son état de santé), se fera par conséquent sans autorisation préalable des titulaires de l'autorité parentale.

Les mineurs sont toutefois tenus de désigner une personne majeure de leur choix.

3.3.8 Cas particulier : la sortie des nouveaux nés

Sous réserve du cas particulier des prématurés, de nécessité médicale, ou de cas de force majeure constatée par le médecin responsable, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère ou le représentant de l'autorité parentale.

3.3.9 Le recueil de la satisfaction et de l'expérience patient

Tout hospitalisé reçoit, avant sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Les questionnaires remplis sont retournés à la direction qualité, risque et clientèle afin d'être analysés.

Par ailleurs, afin de participer au dispositif « e-Satis » d'enquête nationale de la satisfaction et de l'expérience du patient hospitalisé en SMR, plus de 48h en médecine ou suite à une chirurgie ambulatoire, l'établissement recueille les e-mails des patients concernés ou de leurs parents pour les mineurs. Deux semaines après sa sortie, le patient reçoit sur son adresse e-mail une invitation à compléter un formulaire de satisfaction.

La plateforme e-Satis gérée par la Haute Autorité de Santé présente le récapitulatif des résultats obtenus.

3.3.10 Le transport en ambulance

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport, que ce soit en véhicule sanitaire ou non, le patient a le libre

choix de l'entreprise de transport. Le service des admissions tient à la disposition des hospitalisés la liste complète des entreprises de transport sanitaire et de taxis.

Si l'état de santé du patient le nécessite, une prescription médicale de transport établie par un praticien de l'établissement permet au patient de se faire rembourser les frais de transport dans les conditions de droit commun de l'assurance maladie. Dans le cas contraire, les frais occasionnés sont à la charge des patients.

3.4 Les relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et patients

3.4.1 L'information du médecin traitant ou désigné par le patient

3.4.1.1 A l'admission

Le médecin qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention.

Le Centre Hospitalier informe par lettre le médecin désigné par le patient hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Il l'invite en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le patient et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

3.4.1.2 En cours d'hospitalisation

En cours d'hospitalisation, le chef de service ou le praticien responsable du patient communique au médecin désigné par le patient ou par sa famille, et qui en fait la demande écrite, toutes les informations relatives à l'état du patient.

Le praticien qui a prescrit l'hospitalisation du patient a accès, sur sa demande, aux informations médicales le concernant.

3.4.1.3 Après la sortie

A la fin de chaque séjour hospitalier, le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient. L'établissement en remet un exemplaire, en main propre, au patient ainsi que tous les documents nécessaires pour assurer la continuité des soins entre l'Hôpital et la Ville.

Si des résultats complémentaires sont en attente le jour de la sortie, la lettre de liaison sera complétée.

Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier médical du patient, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants-droit en cas de décès.

3.4.2 La présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale

Le médecin traitant peut assister aux interventions chirurgicales que le patient aurait éventuellement à subir au cours de son hospitalisation, sous réserve de l'accord de celui-ci et du chirurgien concerné.

3.5 Les personnes décédées

3.5.1 Les formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée

3.5.1.1 Le constat du décès

Le décès est constaté par le médecin de l'unité ou un médecin de garde ou un interne sous la responsabilité d'un médecin senior et selon l'organisation de la permanence des soins (interne de garde aux Urgences ou d'astreinte).

Un médecin établit le certificat de décès, lequel est transmis au Bureau des admissions.

3.5.1.2 La notification du décès

La famille ou les proches doivent être prévenus dès que possible et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de l'état du patient et du décès de celui-ci.

La notification du décès est faite :

- Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France : au consulat le plus proche
- Pour les militaires : à l'autorité militaire compétente
- Pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance : au directeur du service de l'aide sociale à l'enfance
- Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger : au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur à son domicile habituel.
- Pour les personnes placées sous sauvegarde de justice : à la famille et au mandataire spécial,
- Pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle : au tuteur ou au curateur
- Pour les personnes non identifiées, aux services de Police (avec mention sur le certificat de décès de l'obstacle médico-légal).

3.5.1.3 Les déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

Lorsqu'un enfant vivant et viable est décédé avant que sa naissance ne soit déclarée à l'état civil, l'officier d'état civil établit un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat médical indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant le lieu, les jours et heures de sa naissance et son décès.

Lorsqu'un enfant est né vivant et non viable ou mort-né, en l'absence de certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable, l'officier d'état civil établit, sur production d'un certificat attestant de l'accouchement de la mère, un acte d'enfant sans vie, inscrit sur les registres de décès qui énonce notamment le jour, l'heure et le lieu de l'accouchement.

Le décès de l'enfant sans vie est inscrit sur le registre des décès du site hospitalier.

Il sera précisé aux parents lors de la remise du document, que la déclaration éventuelle de l'enfant sans vie à l'état civil repose sur une démarche volontaire et qu'elle n'est contrainte par aucun délai. Il n'est subordonné à aucune condition de poids, ni de durée de grossesse. Il concerne les hypothèses d'accouchement spontané ou provoqué pour raison médicale, et ne peut être rédigé en cas d'interruption spontanée précoce de grossesse

(fausse couche précoce) et interruption volontaire de grossesse.

3.5.1.4 Les indices de mort violente ou suspecte : obstacle médico-légal

La loi ne donne pas de définition précise de l'Obstacle Médico-Légal (OML). Cependant l'article 81 du Code civil dispose « *que lorsqu'il y a des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donnent lieu de le soupçonner, l'inhumation ne peut être effectuée qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, ait dressé un procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y étant relatives. Il doit aussi indiquer les renseignements pouvant être relevés concernant les noms, âge, profession, lieu de naissance, domicile de la personne décédée* ».

Le certificat de décès doit mentionner qu'il existe un obstacle médico-légal qui suspend les opérations funéraires jusqu'à la décision de levée de cette suspension par les autorités judiciaires.

Un OML doit être apposé obligatoirement dans les situations suivantes :

- Homicide ou suspicion d'homicide
- Suicide ou suspicion de suicide
- Mort subite inattendue, y compris la mort subite du nourrisson.
- Violation des droits de l'homme, telle que suspicion de torture ou de toute autre forme de mauvais traitement
- Suspicion de faute médicale
- Accident de transport, de travail, ou domestique
- Maladie professionnelle
- Catastrophe naturelle ou technique
- Décès en détention ou associé à des actions de police ou militaire
- Corps non identifié ou restes squelettiques

En cas de doute quant à la pose d'un OM, le médecin peut prendre contact avec un médecin légiste pour avoir un conseil sur la mise ou non de l'OML.

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le directeur ou son représentant, prévenu par le médecin responsable, en avise sans délai l'autorité judiciaire.

3.5.1.5 La toilette mortuaire et l'inventaire après décès

Lorsque le décès est immédiatement constaté, sauf en cas de mort suspecte, l'équipe soignante procède à la toilette mortuaire et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions requises, puis dresse l'inventaire de tous les objets (vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., ...) qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé obligatoirement par deux agents, qui remplissent et signent le formulaire prévu à cet effet, et gèrent chaque bien selon sa nature, conformément à la procédure en place dans l'établissement.

3.5.1.6 La dévolution des biens des hospitalisés décédés

Hors les cas des militaires et des marins, les effets mobiliers des personnes décédées traitées gratuitement appartiennent à l'établissement à l'exclusion des héritiers et du service des Domaines en cas de déshérence.

Les espèces, valeurs, bijoux, moyens de paiement et pièces d'identité sont remis à la Trésorerie hospitalière de l'établissement qui les restitue aux ayants-droit sur production d'un certificat de décès, d'un certificat d'hérédité délivré par la mairie sur présentation du livret de famille et d'une pièce d'identité ou par un notaire en charge de la succession. Cette procédure peut être simplifiée lorsqu'il s'agit de respecter la volonté de la famille ou du défunt lui-même d'une inhumation ou d'une incinération avec des bijoux ou des objets particuliers.

Les vêtements et objets divers sont remis à l'entourage du défunt contre signature d'une feuille d'inventaire.

Sous réserve des dispositions mentionnées ci-dessus, les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines aux fins d'être mis en vente.

Le service des Domaines peut refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement.

A l'issue d'un délai déterminé par la réglementation, le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public après la cession par le service des Domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers.

En cas de décès d'un hospitalisé, ces dispositions sont portées à la connaissance de ses héritiers, s'ils sont connus, six mois au moins avant la remise des objets détenus par l'établissement au service des Domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

3.5.1.7 Les mesures de police sanitaire

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants-droit qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets. Un certificat médical, placé dans le dossier du patient, atteste de cette nécessité.

3.5.1.8 La présentation du corps

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit transféré à la chambre mortuaire de l'établissement.

Pour permettre le recueillement de l'entourage du défunt, et sauf si une sortie du corps sans mise en bière est demandée et organisée rapidement, le corps est déposé à la chambre mortuaire de l'établissement. L'entourage peut demander la présentation du corps pendant les heures d'ouverture de la chambre mortuaire. Cette présentation est faite dans un salon de présentation spécialement aménagé à cet effet.

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent le convoi à leur convenance en s'adressant au service ou à l'entreprise des pompes funèbres de leur choix.

En cas de conflit entre parents du défunt, le Tribunal d'instance peut être saisi.

Si le décès pose un problème médico-légal, le corps ne peut être rendu à la famille qu'avec l'accord du Parquet, ce dernier ayant autorité pour ordonner une autopsie par un médecin légiste préalablement à cette restitution.

3.5.1.9 L'inhumation ou la crémation du corps

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit être mis en bière.

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

Lorsque, dans un délai de dix jours maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'établissement peut procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec les informations laissées par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, l'établissement applique les dispositions concernant les personnes démunies de ressources. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente, qui règlera les frais correspondants.

L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès.

3.5.2 Le transport de corps

3.5.2.1 Le transport de corps sans mise en bière

Le transport de corps décédé sans mise en bière peut s'effectuer vers le domicile, la résidence d'un membre de la famille mais également du site hospitalier vers une chambre funéraire.

Le transport de corps avant mise en bière n'est plus soumis à autorisation mais à une simple déclaration préalable, écrite par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps.

Lorsque le corps n'a pas subi de soins de conservation, les opérations de transport sont achevées dans un délai maximum de vingt-quatre heures à compter du décès. Lorsque le corps a subi ces soins, le délai est porté à quarante-huit heures.

Sauf cas particulier, avec dans ce cas autorisation du directeur de garde, le départ du corps à partir de la chambre mortuaire doit se faire au cours des plages horaires d'ouverture de celle-ci.

Les conditions suivantes doivent être respectées :

- Accord médical du chef de service ou de son représentant
- Certificat de décès dûment complété
- Reconnaissance de corps et demande de transfert sans mise en bière dûment complétés et signés par toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile
- Accord écrit du Directeur du Centre Hospitalier ou de son représentant habilité
- Autorisation du Maire de la commune du lieu de dépôt du corps

Lorsque la commune du lieu du décès n'est pas celle où le corps est transporté, avis de l'autorisation de transport est adressé sans délai au Maire de cette dernière commune. Dans le cas où l'autorisation n'est pas accordée, le corps ne peut être transporté qu'après mise en bière.

La famille choisit librement la société qu'elle charge du transport du corps sans mise en bière. Les listes officielles des transporteurs habilités sont mises à sa disposition à l'accueil de la chambre mortuaire.

3.5.2.2 Le transport en chambre funéraire avant mise en bière

Le transport du corps dans une chambre funéraire située sur le territoire de la commune du lieu de décès ne peut être effectué que sur production d'un certificat médical constatant que le défunt n'est pas atteint d'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par un arrêté du Ministre de la santé. Il appartient au médecin responsable du patient d'établir ce certificat.

L'admission en chambre funéraire intervient dans un délai de vingt-quatre heures à compter du décès.

Elle a lieu sur la demande écrite, soit de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile, soit du directeur.

En outre, si le corps doit être transporté dans une chambre funéraire hors de la commune où se trouve implanté l'établissement du Centre Hospitalier dans lequel est survenu le décès, la personne ayant demandé l'admission en chambre funéraire doit solliciter une autorisation préalable de transport, auprès du Maire de la commune du lieu de décès.

Les dispositions ci-dessus ne visent que les transports dans une chambre funéraire autre que la chambre mortuaire de l'établissement.

3.5.2.3 Le transport de corps après mise en bière

La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu du décès, sur production du certificat de décès parallèlement aux formalités de déclaration de décès et d'obtention du permis d'inhumer.

Le transport du corps en cercueil doit avoir été autorisé par le Maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil, ou par le préfet du département quand le corps doit être transporté en dehors du territoire métropolitain.

Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise de pompes funèbres agréée, que la famille choisit librement.

3.5.2.4 L'opposition du médecin au transport de corps

Le médecin ne peut s'opposer au transport que pour les motifs suivants :

- Le décès soulève un problème médico-légal,
- Le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses qui obligent à procéder à une mise en bière immédiate,
- L'état du corps ne permet pas un tel transport.

Si le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il en avertit sans délai par écrit la famille et, s'il y a lieu, le directeur de l'établissement ou son représentant.

3.5.3 L'autopsie et prélèvement sur personne décédée

3.5.3.1 L'autopsie médico-légale

Les autopsies médico-légales sont effectuées sur réquisition de l'autorité judiciaire dans des établissements habilités.

Si les circonstances ayant entouré la mort sont telles que, dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le cadavre est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, le médecin qui a connaissance de ces circonstances doit s'abstenir de tout prélèvement avant consultation et avis du Procureur de la République.

3.5.3.2 Les prélèvements d'organes et de tissus à but thérapeutique ou scientifique

Le Centre Hospitalier et ses agents considèrent comme étant très important le prélèvement d'organes et de tissus en tant que priorité nationale.

Le prélèvement d'organes ou de tissus sur personne décédée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques pour rechercher les causes du décès. Le prélèvement se fait après établissement du constat de décès.

Toute personne admise dans l'établissement qui entend s'opposer à un prélèvement sur son cadavre peut, à tout moment, faire connaître son refus auprès de l'équipe soignante ou de son entourage, ou s'inscrire, si elle a 13 ans révolus, sur le Registre National du Refus géré par l'Agence de Biomédecine.

Si les circonstances ayant entouré la mort sont telles que, dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le cadavre est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, le médecin qui a connaissance de ces circonstances doit s'abstenir de tout prélèvement avant consultation et avis du Procureur de la République.

Ce prélèvement ne peut être effectué que si le défunt n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. Cette recherche se fait par l'interrogation du Registre National du Refus par le directeur ou par une personne dûment habilitée par lui. Si son nom n'y figure pas, le médecin doit interroger les proches pour savoir si le défunt avait de son vivant exprimé un refus au don de ses organes et tissus.

Si la personne décédée est un enfant mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal y consente expressément par écrit.

Dans le cadre des prélèvements à but thérapeutique ou scientifique, il doit être proposé aux proches de connaître le type et le nombre de prélèvements effectués.

Tout prélèvement à but scientifique doit être déclaré à l'Agence de biomédecine. Tout prélèvement de tissus à but thérapeutique fait l'objet d'un enregistrement auprès de l'Agence de biomédecine. L'Agence de biomédecine coordonne la répartition des prélèvements d'organes à but thérapeutique.

Les médecins ayant procédé à un prélèvement sur personne décédée, sont tenus de s'assurer de la restauration tégumentaire du corps du défunt.

3.5.4 Le don des corps à la science

Une personne peut avoir fait don de son corps au bénéfice d'un établissement d'enseignement et de recherche. Ce don ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main, à une faculté de médecine qui, en cas d'accord, délivre une carte de donateur.

Dans ce cas, les frais de transport du corps peuvent être à la charge de l'institution au profit de laquelle le corps a été donné ou de la famille selon l'accord qui les lie mais en aucun cas à la charge du centre hospitalier.

3.6 L'expression des usagers

3.6.1 Les questionnaires de satisfaction

Comme détaillé au [paragraphe 3.3.9](#), un questionnaire de sortie, remis avec le livret d'accueil et disponible sur le site internet, permet au patient, à son représentant légal ou à son ayant droit de faire part de ses observations sur le déroulement de son séjour. Conjointement à l'enquête nationale e-Satis proposée au patient, chaque questionnaire fait l'objet d'une exploitation et toutes les observations sont prises en considération afin d'améliorer la qualité des prestations et satisfaction des patients.

Le directeur communique périodiquement au Conseil de surveillance, à la Commission Médicale d'Établissement, au Comité Social d'Établissement et à la Commission des Usagers, les résultats de l'exploitation de ces enquêtes.

3.6.2 Les réclamations

Indépendamment de la faculté qui leur est offerte de s'exprimer dans le questionnaire de sortie, le patient, son représentant légal ou ses ayants droits peuvent faire part de leurs observations et s'il y a lieu de leur satisfaction, de leurs réclamations ou plaintes au directeur ou, s'ils le souhaitent, à un représentant des usagers (direction@ch-autun.fr).

Le directeur accuse réception des demandes et réclamations présentées par écrit, en donnant possibilité à toute personne ne pouvant s'exprimer qu'oralement de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit.

Le directeur fournit les explications sollicitées et répond aux demandes formulées soit en saisissant lui-même le médiateur soit en rédigeant une réponse écrite.

Suite à la réponse apportée, l'utilisateur conserve la possibilité de solliciter une entrevue avec un médiateur. Le médiateur rencontre l'utilisateur dans les meilleurs délais et adresse un compte rendu de cette rencontre aux membres de la Commission des Usagers. L'utilisateur peut demander à se faire accompagner d'un représentant des usagers lors de sa rencontre avec le médiateur.

Si le patient ou ses ayants droits estiment dommageable à leur égard la prise en charge de l'hôpital, ils peuvent saisir d'une demande d'indemnisation soit le directeur, soit la commission de conciliation et d'indemnisation, soit directement la juridiction compétente.

Le directeur saisi d'une réclamation ou plainte est tenu en toute hypothèse de faire connaître les voies de recours ouvertes.

CHAPITRE 4 : LES DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

4.1 Les obligations

4.1.1 La nécessité de service

Le centre hospitalier assure une mission de service public et il doit, à ce titre, organiser la permanence et la continuité des soins et des activités nécessaires à son fonctionnement et à l'accueil des patients à tout moment. Chaque agent hospitalier se doit de participer à cette continuité.

4.1.2 L'assiduité et la ponctualité du personnel

Tout fonctionnaire et agent contractuel, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

L'assiduité et la ponctualité du personnel médical et non médical, administratif, technique et ouvrier font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement du Centre Hospitalier.

Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois. Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents. Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi et à une information immédiate des agents concernés par cette modification. Il appartient aux cadres de s'assurer de la bonne réception de l'information par les agents concernés.

Les règles de gestion du temps, applicables aux différentes catégories de personnels non médicaux du Centre Hospitalier, sont présentées dans le « Livre blanc ». Il est consultable en gestion documentaire sous la référence [FT-2021-0030](#).

4.1.3 L'exécution des ordres reçus et le droit de retrait

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y dérober pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives et réglementaires.

Aucune sanction, aucune retenue de salaire, ne peut être prise à l'encontre d'un salarié ou d'un agent public qui s'est retiré d'une situation de travail dont il avait un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. L'utilisation du droit de retrait doit s'articuler avec les diverses obligations du fonctionnaire et notamment son devoir d'obéissance hiérarchique.

Tout agent dispose d'un droit d'alerte de l'employeur lorsqu'il a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection.

4.1.4 La réglementation en matière de santé et de sécurité

Conformément aux instructions qui lui sont données par l'encadrement, il incombe à chaque agent de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail.

Les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Elles sont adaptées à la nature des tâches à accomplir.

Les dispositions du premier alinéa sont sans incidence sur le principe de la responsabilité de l'employeur.

4.1.5 L'information du supérieur hiérarchique de tout incident

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique des incidents ou événements indésirables dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il l'informe par tout moyen mais effectue dans tous les cas le signalement sur un support de nature à en assurer la traçabilité.

4.1.6 La conservation en bon état des locaux, matériels et effets

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à disposition par le Centre Hospitalier.

Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou de négligence manifeste, subordonnée à une intention de nuire caractérisée.

4.1.7 L'interdiction de pourboires

A l'exception des objets de valeurs (argent, bijoux) confiés à l'institution durant leur séjour par les usagers, aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

Est compris dans les pourboires, le bénéfice d'une somme d'argent à titre de donation.

4.1.8 L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative

4.1.8.1 Le principe

En principe, les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, sous réserve des dispositions réglementaires issues du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007, complété par le décret n° 2011-82 du 20 janvier 2011.

4.1.8.2 Les dérogations

S'agissant de l'ensemble des agents de la fonction publique hospitalière, il existe de nombreuses dérogations générales fixées par l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 Juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires auquel il faut se référer. Ces dérogations sont précisées dans les décrets n° 2007-658 du 2 mai 2007 et n° 2011-82 du 20 janvier 2011. Les agents concernés sont donc invités à se rapprocher de la DRH.

S'agissant du personnel médical, il existe des dérogations spéciales au titre de l'exercice d'une activité libérale, dans le respect du Code de la santé publique, auquel il faut se référer.

Tout cumul d'activités doit faire l'objet d'une demande d'autorisation adressée par l'agent, préalablement à l'exercice des activités.

4.1.9 L'identification du personnel

Une identification du personnel concourant aux soins est instituée au Centre Hospitalier (tenues professionnelles ou badges).

Il convient donc que tout agent respecte ce principe d'identification mis en place.

Les badges sont fournis par l'établissement et permettent, notamment, l'accès aux portes munies d'un lecteur de badges. Ils sont nominatifs et doivent être utilisés uniquement par la personne attitrée.

En fonction du niveau du plan VIGIPRATE et sur demande du directeur d'établissement, il peut être demandé aux personnels de présenter leur badge pour vérifier leur identité.

4.1.10 La tenue vestimentaire de travail

Les agents intervenant au sein des services de soins (médicaux, paramédicaux, ...) doivent obligatoirement porter une tenue professionnelle fournie par l'établissement et permettant l'identification des personnels.

Les agents des services logistiques, techniques, de restauration et hôtelier doivent porter les tenues et équipements de protection individuelle fournis par l'établissement.

Tous les agents de l'établissement doivent porter une tenue correcte et décente, respectant les valeurs du service public durant l'exercice de leur fonction.

Ces règles s'appliquent pour les prestataires extérieurs ou bénévoles intervenant au sein de l'établissement.

Le port des vêtements de travail est interdit (à l'exception du personnel du SMUR) :

- Dans les espaces de restauration,
- À l'extérieur du Centre Hospitalier lorsque le personnel n'est pas en service.

NB : l'atrium est considéré comme un espace de travail

4.1.11 La tenue et le comportement corrects exigés

Une tenue correcte et décente est exigée au sein de l'Etablissement. Une stricte hygiène corporelle s'impose à l'ensemble du personnel. Une communication appropriée et un langage respectueux doivent guider le quotidien des professionnels.

Les comportements de chacun doivent s'inscrire dans une culture de bientraitance à l'égard d'autrui.

La familiarité à l'égard des patients est formellement proscrite. On entend par familiarité tout comportement ainsi que toute relation ou attitude dépassant le strict cadre professionnel.

Les agissements du personnel ne doivent pas dépasser le rôle de leurs fonctions et leurs comportements doivent rester guidés par les bonnes pratiques professionnelles, le respect des usagers et des personnels et, le cas échéant, par les principes déontologiques qui leurs sont applicables.

4.1.12 La lutte contre le bruit

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins.

4.1.13 L'interdiction de fumer

Il est interdit, conformément aux lois et règlements en vigueur, pour des raisons d'hygiène et de santé des patients et des personnels, de fumer au sein de l'établissement, à l'exception des zones extérieures réservées à cet effet. Cette interdiction concerne également les cigarettes électroniques.

4.1.14 Les dispositions relatives à l'alcool et aux drogues sur les lieux de travail

L'apport d'alcool ou de drogues sur les lieux de travail ou la présence de personnel alcoolisé ou sous l'emprise de drogues sont proscrits, dans un but de protection des usagers, de santé publique et de santé et sécurité au travail.

Conformément à la réglementation, au titre d'événements spéciaux et occasionnels (pot de départ, vœux administratifs...), la consommation d'alcool (vin, cidre, bière) peut être tolérée. Ces événements doivent faire l'objet au préalable d'une autorisation écrite de la direction. Les alcools forts restent néanmoins proscrits et la consommation d'alcool doit rester modérée.

4.1.15 Les relations avec les usagers

A tous les échelons, le personnel s'efforcera d'assurer aux patients dont il a la charge le maximum de confort physique et moral.

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des patients ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier.

Le personnel ne doit tenir aucun propos discriminatoire ni adopter un comportement de tel nature à l'égard des usagers.

Tout prosélytisme concernant la religion est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel, conformément à la charte de la personne hospitalisée.

Le principe de neutralité s'impose à tout le personnel : il est interdit de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses croyances religieuses, notamment en portant un signe distinctif et ostentatoire destiné à marquer son appartenance à une religion.

4.1.16 Les relations avec les proches

Les familles sont accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

Le personnel informe les familles conformément aux dispositions générales du Code de la santé publique, en veillant à la fois à la préservation de l'intérêt du patient et de ses proches.

4.1.17 Le secret professionnel

Le secret professionnel s'impose à tout professionnel de santé et à toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein de l'hôpital.

Le secret est un principe fondamental dont il ne peut être dérogé que dans les cas de révélations strictement prévues par la loi.

L'article 226-13 du code pénal dispose que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou profession, soit en raison d'une mission ou fonction temporaire, est puni d'un an d'emprisonnement et de quinze mille euros d'amende ».

Le personnel doit veiller au respect de la vie privée du patient et au secret de l'ensemble des informations le concernant.

En l'absence d'opposition des patients, les indications d'ordre médical telles que le diagnostic et l'évolution de la maladie ne peuvent être données que par les professionnels médicaux dans les conditions fixées par le Code de déontologie. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être donnés par les cadres de santé.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne prise en charge ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droits, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition :

- Qu'ils participent tous à sa prise en charge
- Que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.
- Et que cet échange s'inscrive dans le périmètre de leurs missions.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. Si le partage d'informations personnelles a lieu entre des professionnels de catégories différentes (professionnels de santé et non professionnels de santé de l'action sociale ou médico-sociale), la personne concernée reçoit une information préalable.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen,

y compris de façon dématérialisée.

Toute communication à des personnes étrangères à l'établissement, et notamment à des journalistes, agents d'assurance ou démarcheurs, est rigoureusement interdite.

4.1.18 L'obligation de discrétion professionnelle et de devoir de réserve

Les fonctionnaires et contractuels de la fonction publique hospitalière doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les fonctionnaires ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

Le devoir de réserve désigne l'obligation faite à tout agent public de faire preuve de réserve et de retenue dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles.

4.1.19 L'informatique

Chaque agent est tenu de respecter les dispositions de la charte informatique et tout particulièrement les dispositions relatives au secret professionnel.

4.1.20 Le respect des conditions règlementaires de travail

Le personnel hospitalier est tenu de se conformer aux dispositions du présent règlement intérieur.

Sans préjudice des poursuites judiciaires dont l'agent hospitalier pourrait faire l'objet en cas d'infraction pénale, toute violation des dispositions du présent règlement expose son auteur aux sanctions administratives et disciplinaires en vigueur.

Quel que soit leur rang hiérarchique, les membres du personnel hospitalier sont personnellement responsables des actes et tâches qui leurs sont confiés, et/ou inhérents à leurs fonctions.

4.1.21 Les dispositions spécifiques - Code de déontologie

Le praticien doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

Le praticien est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Le praticien ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Le praticien a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

Le praticien hospitalier et son équipe doivent veiller à l'information du patient et garantir le secret médical.

La communication du dossier médical au patient peut être obtenue à la demande et avec l'accord formel de la personne concernée.

Outre les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes sont, de par la loi, soumis à un code de déontologie, ainsi que les infirmiers et les assistants du service social.

4.2 Droits

4.2.1 Le temps de travail et les autorisations d'absence

Les obligations de service et les congés sont fixés par voie réglementaire de manière homogène pour tous les établissements publics de santé. Les cycles de travail sont mis à jour par l'encadrement.

Les horaires en vigueur dans l'établissement sont définis et actualisés par le service des ressources humaines, le cas échéant, après consultation et avis des instances concernées.

Le logiciel de gestion du temps de travail utilisé dans l'établissement est établi sur les bases du livre blanc de gestion du temps de travail du personnel médical et non médical et des sages-femmes. Ce dernier constitue un document de référence pour tous les cadres de l'établissement et un outil d'aide à la planification du temps de travail. Son application stricte garantit l'équité entre tous les personnels.

Il s'applique aux catégories de personnels à temps complet et à temps partiel suivantes :

- Personnels stagiaires et titulaires (y compris les agents mis à disposition auprès du Centre Hospitalier d'Autun)
- Personnels contractuels de droit public, en contrat à durée indéterminée (CDI) ou en contrat à durée déterminée (CDD)
- Partiellement aux personnels sous contrat de droit privé régis par le Code du Travail (Contrats aidés, Apprentis)

La survenue d'un événement sanitaire grave peut nécessiter le recours à des moyens humains supplémentaires (par ex. en cas d'afflux massif de victimes). Eu égard au principe de continuité du service public, le Directeur organise le maintien ou le rappel de certains agents si la situation le justifie.

La liste des numéros du personnel est régulièrement mise à jour et accessible sur avis préalable de l'administrateur d'astreinte.

4.2.2 Les gardes et astreintes

Afin d'assurer la continuité du service public hospitalier, un service de gardes et d'astreintes est mis en place.

4.2.3 L'exercice du droit syndical

Les établissements doivent permettre l'affichage des informations d'origine syndicale, autoriser la distribution des publications syndicales et, sous réserve des nécessités du service, accorder aux fonctionnaires des facilités pour assister aux réunions d'information syndicale.

Les affichages et les réunions à caractère syndical du personnel sont proscrits dans les locaux utilisés par les usagers.

L'exercice du droit syndical est décrit par voie réglementaire à laquelle il convient de se référer.

4.2.4 Le droit de grève

Lorsque les personnels exercent le droit de grève, la cessation concertée du travail est précédée d'un préavis. Le préavis émane d'une organisation syndicale représentative au niveau national, dans la catégorie

professionnelle ou dans l'entreprise, l'organisme ou le service intéressé. Il précise les motifs du recours à la grève. Le préavis doit parvenir cinq jours francs avant le déclenchement de la grève à l'autorité hiérarchique ou à la direction de l'établissement, de l'entreprise ou de l'organisme intéressé. Il mentionne le champ géographique et l'heure du début ainsi que la durée limitée ou non, de la grève envisagée. Pendant la durée du préavis, les parties intéressées sont tenues de négocier.

Les principes de continuité du service public, de santé publique et d'intérêt général conduisent au recours à la notion de service minimum.

Le directeur se réserve le droit d'assigner certains agents grévistes, dont la présence est strictement indispensable à la continuité du service public et des principes énoncés ci-dessus.

4.2.5 La consultation du dossier administratif

Tout agent a le droit de consulter sans justification son dossier administratif. La Direction des Ressources Humaines est garante de la confidentialité des données personnelles des agents.

L'accès aux documents administratifs s'exerce, au choix du demandeur et dans la limite des possibilités techniques de l'administration :

- Par consultation gratuite sur place en présence d'un agent de la DRH, sauf si la préservation du document ne le permet pas. Les agents qui le souhaitent prennent rendez-vous auprès de leur gestionnaire ou du secrétariat de la DRH. L'agent peut, le cas échéant, se faire accompagner par un représentant syndical ou par une personne de son choix. L'agent peut également donner mandat écrit à un représentant syndical pour consulter son dossier hors sa présence. En outre, tout représentant syndical à la CAP appelé à donner son avis sur la situation d'un agent, peut consulter le dossier de celui-ci sans être accompagné par l'agent concerné dans un délai de dix jours précédant la réunion. Cette consultation s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues à l'alinéa précédent.

Les membres des CAP sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle en ce qui concerne tous les faits et documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.

- Sous réserve que la reproduction ne nuise pas à la conservation du document, par la délivrance d'une copie sur un support identique à celui utilisé par l'administration ou compatible avec celui-ci et aux frais du demandeur, sans que ces frais puissent excéder le coût règlementé de cette reproduction. Dans ce cas, la demande écrite est adressée à la Direction des Ressources Humaines et mentionne les références et la nature des pièces demandées.
- Par courrier électronique et sans frais lorsque le document est disponible sous forme électronique.

En cas de refus ou de litige avec l'administration, l'agent dispose d'un délai de deux mois à compter de la notification du refus pour saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs.

4.2.6 La prévention des risques psychosociaux et le document unique des risques professionnels

Le Centre Hospitalier d'Autun met en place, en lien avec la F3SCT, une politique de prévention des risques physiques et psychosociaux. Le document unique d'évaluation des risques professionnels comprend un inventaire des risques identifié par unité de travail ainsi qu'un plan d'actions et de prévention.

L'établissement s'engage à accompagner et soutenir psychologiquement et juridiquement les agents victimes d'agression verbale ou physique et à sensibiliser les usagers sur les risques qu'ils encourent en cas d'agression physique ou verbale sur une personne chargée d'une mission de service public.

Dans le respect de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, le Code du Travail prévoit (articles L1152-1 et L. 1153-1) qu' « aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel » et que « les agissements de harcèlement de toute personne dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers sont interdits ».

Tout salarié ayant procédé à des agissements de harcèlement moral ou sexuel est passible d'une sanction disciplinaire (articles L. 1152-5 et L. 1153-6 du Code du Travail).

En outre, le Document Unique des Risques Professionnels traite des risques psycho-sociaux et de l'ensemble des actions que le Centre Hospitalier développe pour les prévenir. Ce document est actualisé annuellement et soumis pour avis à la F3SCT.

En cas de problème d'addiction à l'alcool ou à toute autre substance, l'agent peut se rendre, de sa propre initiative, au service de santé au travail qui adoptera les moyens nécessaires pour gérer la situation, dans la stricte confidentialité.

Dans le respect de la législation du travail, conformément à l'obligation faite d'assurer sa propre santé et sécurité au travail ainsi que celles des autres, un agent peut avertir le service de santé au travail d'une situation d'addiction caractérisée par les critères d'urgence ou de gravité.

Le projet social de l'Établissement prévoit un ensemble d'actions et de mesures négociés avec les partenaires sociaux dans le but d'améliorer la qualité de vie au travail des personnels.

Les actions concernant la qualité de vie au travail des personnels sont évaluées annuellement et annexées au bilan social de l'Établissement.

4.2.7 La politique de maintien dans l'emploi

Le Centre Hospitalier met tout en œuvre pour faciliter les aménagements de postes et les conditions de travail des agents présentant des restrictions médicales et/ou en situation de handicap.

La situation de ces agents fait l'objet d'un examen et d'un accompagnement personnalisé dans le souci de proposer aux agents concernés un poste de travail conforme à leurs grades et adapté aux capacités professionnelles et aux restrictions médicales définies par le service de santé au travail et dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer ses fonctions.

Dans ce cadre, des aménagements de postes ou des reclassements peuvent être proposés aux agents conformément au cadre réglementaire.

Ce travail est réalisé en complémentarité avec une équipe pluridisciplinaire (service de santé au travail, psychologue du travail).

4.2.8 Le droit à la protection juridique

Conformément à la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, il est reconnu aux agents, à l'occasion de leurs fonctions et conformément aux règles fixées par le Code pénal et les lois spéciales, une protection organisée par la collectivité publique qui les emploie à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire au fonctionnaire.

Lorsqu'un agent a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé,

la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

La collectivité publique est tenue de protéger les agents contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

La collectivité publique est tenue d'accorder sa protection à l'agent ou à l'ancien agent dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

La collectivité publique est subrogée aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des menaces ou attaques la restitution des sommes versées à l'agent intéressé. Elle dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe qu'elle peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale.

4.2.9 Le droit à la formation professionnelle

Conformément à la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, il est reconnu aux agents le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie.

Le décret du 21 août 2008 reconnaît ce droit aux agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière.

Les agents peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers.

Sans préjudice des actions de formation professionnelle prévues par les statuts particuliers, tout agent bénéficie chaque année, en fonction de son temps de travail, d'un droit individuel à la formation. Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent en accord avec son administration. Celle-ci prend en charge les frais de formation.

Les actions de formation suivies au titre du compte personnel de formation peuvent avoir lieu, en tout ou partie, en dehors du temps de travail. Dans ce cas, les agents bénéficiaires perçoivent une allocation de formation.

Les agents peuvent également bénéficier de périodes de professionnalisation comportant des actions de formation en alternance et leur permettant soit d'exercer de nouvelles fonctions au sein d'un même corps ou cadre d'emplois, soit d'accéder à un autre corps ou cadre d'emplois.

4.2.10 Le principe de non-discrimination

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur sexe, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

- Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus,
- Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes,
- Ou bien le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

4.2.11 Le livret d'accueil du personnel

Un livret d'accueil du personnel est accessible à tout agent sur le site intranet de l'établissement.

4.3 Divers

4.3.1 L'accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires et partis politiques

Les particuliers qui souhaitent effectuer des ventes au sein du Centre hospitalier, notamment dans les locaux réservés au personnel, doivent auparavant en demander l'autorisation à l'administration.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès auprès des patients, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par l'administration.

Ceux qui pénètrent sans autorisation de l'administration dans les services et les chambres, dans l'intention d'y exercer les activités ci-dessus mentionnées, doivent être immédiatement exclus par le cadre du service ou, le cas échéant, par l'administrateur de garde.

L'accès à tout parti politique est interdit dans l'enceinte de l'établissement.

Les réunions publiques sont interdites au Centre hospitalier, sauf autorisation expresse du Directeur ou de son représentant.

4.3.2 Les effets et les biens personnels - Responsabilité

Chaque membre du personnel (médical ou non) est responsable de ses effets et biens personnels.

Les incidents pouvant être garantis par l'assurance de l'établissement sont mentionnés dans les contrats y afférents, consultables au service « Achat et logistique » du Centre hospitalier.

CHAPITRE 5 : LES DISPOSITIONS DIVERSES

5.1 L'approbation du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur et ses modifications futures seront soumis à l'avis du conseil de surveillance après avis du Comité Social d'Etablissement et de la Commission Médicale d'Etablissement.

5.2 La mise à disposition du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition des usagers et des personnels. Il fait notamment l'objet d'une publication sur les sites internet et intranet.

5.3 La mise à jour du règlement intérieur

Il appartient à tout salarié, aux organisations syndicales et aux directions fonctionnelles de proposer à la direction générale par écrit (courrier ou mail) les modifications à apporter à la rédaction du règlement intérieur.

Préalablement à l'inscription pour avis aux instances (CSE, CSIRMT, CME, Directoire, Conseil de Surveillance), la direction organise une réunion de concertation avec les organisations syndicales durant laquelle sont analysées les nouvelles propositions de rédaction.

ANNEXES

Les chartes

- Charte des droits et libertés de la personne accueillie (intégrale) ([NI-2014-0060](#))
- Charte de la personne hospitalisée ([NI-2019-0014](#))
- Charte en braille de la personne hospitalisée ([MOP-2014-0006](#))
- Charte du patient en consultations externes ([MOP-2020-0046](#))
- Charte des droits et libertés de la personne en situation de handicap ou de dépendance ([NI-2014-0061](#))
- Charte de la personne référente dans un projet de vie ou de soins personnalisés ([FORM-2018-0006](#))
- Charte de fonctionnement médiation GHT ([TER MSG REF003](#))
- Charte de signalement des événements indésirables ([PROC-2011-0006 page 8](#))
- Charte de bon usage des ressources informatiques ([MOP-2011-0061](#))
- Charte des bonnes pratiques d'impression ([DO-2015-0004](#))
- Charte des prestataires et intervenants extérieurs sur le système informatique ([MOP-2016-0007](#))

L'organisation générale

- **Conseil de surveillance**
 - Règlement intérieur / Composition ([PROC-2011-0022 / FT-2011-0020](#))
- **Le Directoire**
 - Règlement intérieur / Composition ([PROC-2012-0090 / FT-2012-0035](#))
- **Commission Médicale d'Etablissement**
 - Règlement intérieur / Composition ([PROC-2013-0004 / FT-2013-0002](#))
- **Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques**
 - Règlement intérieur/Composition ([PROC-2014-0034 / FT-2014-0039](#))
- **Comité Social d'Etablissement (CSE)**
 - Règlement intérieur/ Composition ([PROC-2023-00243 / FT-2022-0046](#))
- **Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (F3FCT)**
 - Règlement intérieur/Composition ([PROC-2023-0023 / FT-2023-0062](#))
- **Commissions paritaires départementales et locales**
 - CAP départementales : Composition ([FT-2012-0010](#))
 - CAP Locales : Composition ([FT-2011-0037](#))
- **Commission Des Usagers**
 - Règlement intérieur/Composition ([DO-2011-0002/ FT-2011-0001](#))
- **Règlement de fonctionnement en EHPAD**

- Dispositif [PROC-2014-0050](#)
- **Conseil de Vie Sociale (CVS)**
 - Règlement intérieur/Composition [\(PROC-2014-0042/ FT-2014-0049\)](#)
- **Dispositif de médiation territoriale à l'attention des établissements médico-sociaux du territoire**
 - Dispositif [TER MSG ORG001](#)
- **Commission d'Organisation de la Permanence des Soins (COPS)**
 - Règlement intérieur [\(PROC-2023-0026\)](#)
- **Projet d'Établissement** [\(PROC-2023-0025\)](#)

La sécurité /sûreté

- Schéma d'organisation de la sécurité en cas d'incendie (SOSI) du site Parpas [\(PROC-2019-0009\)](#)
- Schéma d'organisation de la sécurité en cas d'incendie (SOSI) du site Latouche [\(PROC-2012-0027\)](#)
- Plan de Sécurité d'Établissement (PSE)
- Plan Vigipirate [\(DO-2011-0009\)](#)
- Affiche « Réagir en cas d'attaque terroriste » [\(DE-2016-0005\)](#)

La direction des Ressources Humaines

- Accord local relatif à l'aménagement et la réduction du temps de travail - Révisé - Version 2023 [\(DO-2021-0006\)](#)
- Livre Blanc [\(FT-2021-0030\)](#)