

# **REGLEMENT INTERIEUR**

Mise à jour : Juillet 2011

## SOMMAIRE :

Gouvernance .....	7
Article 1 : Le conseil de surveillance .....	8
Article 2 : Le directeur .....	8
Article 3 : Le président de la commission médicale d'établissement .....	9
Article 4 : Le directoire .....	9
Article 5 : La commission médicale d'établissement (CME) .....	11
Article 6 : Le comité technique d'établissement (CTE) .....	12
Article 7 : La commission des soins infirmiers de rééducation et médico technique (CSIRMT) .....	13
Article 8 : Le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) .....	14
Article 9 : Les commissions administratives paritaires locales (CAPL) .....	14
Article 10 : L'organisation en matière de qualité et gestion des risques .....	14
Article 11 : Information et expression des personnels .....	15
Article 12 : Le découpage en pôles d'activité .....	16
Article 13 : Le pôle .....	17
Article 14 : Le service comme structure interne .....	24
Article 15 : L'unité fonctionnelle (UF) .....	27
Article 16 : Le service d'information médicale (SIM) .....	27
Article 17 : Continuité et permanence des soins .....	27
Dispositions relatives aux consultants externes et aux hospitalisés .....	29
Article 18 : Consultations externes .....	30
Article 19 : Mode d'admission .....	30
Article 20 : Décision préfectorale .....	30
Article 21 : Admissions d'urgence .....	30
Article 22 : Transfert après premiers secours .....	30
Article 23 : Information de la famille .....	30
Article 24 : Refus d'hospitalisation du malade .....	31
Article 25 : Dépôt des objets .....	31
Article 26 : Régime d'hospitalisation .....	32
Articles 27 : Information sur le coût d'un dispositif médical .....	32
Article 28 : Prise en charge des frais d'hospitalisation .....	32
Article 29 : Femmes enceintes - Admission .....	32
Article 30 : Femmes enceintes - Secret de l'hospitalisation .....	32
Article 31 : Militaires - Admission hors les cas d'urgence .....	33
Article 32 : Militaires- Admission en urgence .....	33
Article 33 : Détenus - Admissions .....	33
Article 34 : Détenus - Régime d'hospitalisation .....	33
Article 35 : Détenus - Incident en cours d'hospitalisation .....	33
Article 36 : Détenus - Mesures de surveillance et de garde .....	33
Article 37 : Mineurs - Admission .....	33
Article 38 : Mineurs- Autorisation d'opérer- Refus de soins .....	34
Article 39 : Mineurs relevant d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance .....	34
Article 40 : Mineurs - Objets de valeur .....	34
Article 41 : Mineurs - Accompagnants .....	34
Article 42 : Incapables majeurs - Gestion de biens .....	34

Article 43 : Etrangers - Admission .....	34
Article 44 : Malades vénériens - Admission d'office .....	34
Article 45 : Malades toxicomanes - Secret de l'hospitalisation et admission .....	35
Article 46 : Malades toxicomanes – Cure de désintoxication .....	35
Article 47 : Conditions de levée de l'anonymat.....	35
Secours d'urgence .....	35
Article 48 : Plan d'accueil .....	35
Conditions de séjours .....	35
Article 49 : Libre choix du praticien.....	35
Article 50 : Accueil des malades.....	35
Article 51 : Livret d'accueil .....	35
Article 52 : Informations du malade sur les soins et sur son état de santé .....	36
Article 53 : Transmission des informations aux professionnels de santé chargés d'assurer la continuité des soins.....	36
Article 54 : Refus de soins.....	36
Article 55 : Information des familles .....	36
Article 56 : Désignation d'une personne de confiance .....	36
Article 57 : Discrétion demandée par le malade.....	36
Article 58 : Exercice du culte .....	37
Article 59 : Principe de non discrimination.....	37
Article 60 : Modalités d'exercice du droit de visite .....	37
Article 61 : Comportement des visiteurs .....	37
Article 62 : Horaires des visites .....	38
Article 63 : Comportements des hospitalisés - Désordres.....	38
Article 64 : Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital.....	38
Article 65 : Interdiction de dissimuler son visage.....	39
Article 66 : Interdiction des gratifications et des dépôts .....	39
Article 67 : Hygiène à l'hôpital.....	39
Article 68 : Horaires de repas.....	39
Article 69 : Repas aux accompagnants.....	39
Article 70 : Les menus .....	39
Article 71 : Jouets personnels .....	39
Article 72 : Effets personnels .....	39
Article 73 : Service social.....	40
Article 74 : Service courrier.....	40
Article 75 : Téléphone .....	40
Article 76 : Télévision et radio.....	40
Article 77 : Interdiction de fumer.....	40
 Sorties .....	 40
 Article 78 : Autorisation de sortie - Permissions .....	 40
Article 79 : Formalités de sortie.....	40
Article 80 : Sortie contre avis médical .....	41
Article 81 : Sortie disciplinaire .....	41
Article 82 : Sortie après refus de soins.....	41
Article 83 : Sortie clandestine des malades (fugue) .....	41
Article 84 : Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation.....	41
Article 85 : Sortie des nouveau-nés.....	42
Article 86 : Aggravation de l'état de santé .....	42

Article 87: Transport en ambulance.....	42
Article 88 : Questionnaire de sortie .....	42
Article 89 : Horaires de sortie.....	42
Article 90 : Hospitalisation à domicile.....	42
Article 91 : Relations avec les usagers.....	42
Article 92 : Conservation du dossier médical .....	43
Article 93 : Contenu du dossier médical (article R710-2.-1du C.S.P.I.....	44
Article 94 : Communication du dossier médical .....	44
Article 95 : Information au praticien désigné par le patient (article R710-2-8 du C.S.P.) ...	45
Article 96 : Consultation du dossier médical des « consultants externes ».....	45
Article 97 : Communication des résultats d'examens anatomo et cytopathologiques des malades hospitalisés et des consultants externes .....	45
Article 99 : Constat du décès .....	45
Article 100 : Notification du décès .....	45
Article 101 : Déclaration « d'enfant sans vie » .....	46
Article 102 : Indices de mort violente ou suspecte .....	46
Article 103 : Inventaire.....	46
Article 104 : Chambre mortuaire .....	46
Article 105 : Mesures de police sanitaire.....	46
Article 106 : Inhumation.....	47
Article 108 : Transport de corps à résidence sans mise en bière (Code des Communes) .	47
Article 109 : Transport de corps après mise en bière .....	48
Article 110 : L'informatique au service du patient .....	48
Article 111 : Précautions liées à l'usage de l'informatique.....	48
Article 112 : Droit d'accès aux informations .....	48
Article 113 : Droit d'accès à l'information médicale .....	49
Article 114 : Droit à l'information .....	49
Article 115 : Droit d'accès.....	49
Article 116 : Droit de rectification.....	49
Article 117 : Droit à la confidentialité .....	49
Article 118 : Droit à l'oubli.....	49
 Dispositions relatives aux personnels non médicaux .....	 50
Article 119 : Assiduité et ponctualité du personnel .....	51
Article 120 : Exécution des ordres reçus (article 99 de la loi 86.33 du 9 janvier 1986) .....	51
Article 121 : Droit de grève .....	51
Article 122 : Information du supérieur hiérarchique de tout incident .....	51
Article 123 : Conservation en bon état des locaux, des matériels et effets.....	51
Article 124 : Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les malades.....	51
Article 125 : Interdiction des pourboires .....	51
Article 126 : Interdiction d'exercer une activité privée lucrative .....	51
Article 127 : Identification du personnel (circulaire du 24 avril 1985) .....	52
Article 128 : Tenue correcte exigée.....	52
Article 129 : Lutte contre le bruit.....	52
Article 130 : Interdiction de fumer.....	52
Article 131 : Attitude envers les malades.....	52
Article 132 : Respect de la liberté de conscience et d'opinion.....	52
Article 133 : Accueil des familles.....	52
Article 134 : Prévenir les familles des décisions importantes .....	52

Article 135 : Envoi rapide des avis d'aggravation .....	52
Article 136 : Secret professionnel (Code Pénal) .....	52
Article 137 : Obligation de discrétion professionnelle {article 26, alinéa 2 de la loi de 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires) .....	53
Article 138 : Respect du libre choix des familles .....	53
Article 139 : Interdiction des réunions publiques au Centre Hospitalier.....	53
Article 140 : Accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires .....	53
Article 141 : Effets de biens personnels .....	53
Article 142 : Alcool.....	53
Obligations communes aux personnels médicaux et non médicaux en matière de sécurité informatique .....	54
Article 143 : Règles relatives aux mots de passe.....	55
Article 144 : Sauvegarde de données .....	55
Article 145 : Utilisation de logiciels.....	55
Article 146 : Gestion des ordinateurs .....	55
Article 147 : Information à caractère secret .....	55
Article 148 : Traitement automatisé des informations – formalités préalables .....	55
Article 149 : Traitement automatisé des informations – règles à respecter.....	55
Article 150 : collecte de données .....	55
Article 151 : droits d'auteur.....	55
Article 152 : fichiers médicaux.....	56
Dispositions diverses.....	57
Article 153 : Mise à disposition du règlement intérieur .....	58
Article 154 : Mise à jour du règlement intérieur .....	58
Article 155 : Règles de circulation dans l'hôpital .....	58



## **Preamble**

The present internal regulation does not have the vocation to reproduce legislative and regulatory provisions applicable to public health establishments but, if necessary, to specify and complete them, in order to facilitate their implementation.

# **Governance**

## **Article 1 : Le conseil de surveillance**

Le conseil de surveillance est composé d'élus, de représentants des personnels médicaux et non médicaux et de personnalités qualifiées. Y assistent avec voix consultative le président de la commission médicale d'établissement, le directeur de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse d'assurance maladie.

Il se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement selon la modalité qui lui paraît la plus adéquate.

A tout moment, il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Les demandes sont formulées en séance. Une date de transmission est fixée, en tenant compte des délais éventuels de constitution et de l'urgence de la question.

Dans le cas où le directeur général de l'agence régionale de santé demande à l'établissement de présenter un plan de redressement, une réunion exceptionnelle du conseil de surveillance est organisée afin de lui présenter le plan préparé par le directeur et lui permettre d'exprimer ses observations.

Le conseil de surveillance est convoqué par courrier, signé de son président, précisant l'ordre du jour, au moins sept jours à l'avance. En séance, le président peut accepter des questions diverses proposées par un membre ou le directeur.

La direction générale assure le secrétariat des séances.

## **Article 2 : Le directeur**

Le directeur est nommé par le directeur général du centre national de gestion sur une liste de 3 noms proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé et après avis du président du conseil de surveillance.

Il conduit la politique générale de l'établissement. Il dispose du pouvoir de nomination.

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature.

La direction est structurée en pôles :

- **le pôle pilotage médico-économique** qui a pour missions :
  - de définir et mettre en œuvre avec le service de l'Information Médicale :
    - un pilotage médico-économique,
    - un système d'information répondant aux enjeux et objectifs de l'établissement,
  - d'accompagner la mise en place d'un véritable management par les pôles,
- **le pôle relations humaines et organisations** qui a pour missions :
  - de gérer les relations sociales,
  - d'organiser le dialogue social,
  - de définir et mettre en œuvre une politique sociale recherchant l'adéquation entre les besoins institutionnels et les attentes des professionnels,
  - d'accompagner l'évolution des organisations.



- **Le pôle qualité prestations hôtelières** qui a pour missions :
  - d'organiser et assurer :
    - la fonction achat,
    - l'approvisionnement des services,
    - les prestations logistiques,
    - la maintenance des bâtiments, installations et équipements.
  - de mener les projets de travaux
  - d'impulser et mener une politique qualité et gestion des risques.

### **Article 3 : Le président de la commission médicale d'établissement**

Le président de la commission médicale d'établissement (CME) est élu parmi ses membres praticiens titulaires.

Il élabore, avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement.

Il coordonne la politique médicale de l'établissement.

Il est chargé, conjointement avec le directeur, de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, dans le respect des attributions de la commission médicale d'établissement

Il organise :

- avant chaque CME, une pré CME, à laquelle tout médecin de l'établissement peut participer, afin de débattre des sujets à l'ordre du jour de la CME.
- 2 fois par an une assemblée générale des médecins. L'ordre du jour est diffusé 15 jours à l'avance. Tout médecin peut proposer une question, en la transmettant au moins 7 jours avant la date de la réunion.

Pour assurer ses missions, le président de la commission médicale d'établissement dispose d'un mi-temps de secrétariat.

### **Article 4 : Le directoire**

#### **Attributions :**

Le directoire prépare le projet d'établissement et approuve le projet médical. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Il assure le pilotage du projet d'établissement. A ce titre, il définit les objectifs opérationnels, par axe de travail, désigne les chefs de projet et fixe les indicateurs de suivi et de résultats.

Deux suivis annuels y sont présentés. Les adaptations et mises à jour nécessaires y sont discutées.

## **Composition :**

Le directoire est constitué :

- du directeur de l'établissement (président),
- du président de la CME (vice-président),
- du président de la commission des soins de rééducation et médico-techniques
- de membres nommés par le directeur.

Il a une composante à majorité médicale.

Les représentants des professions médicales sont les chefs de pôle, afin de ne pas dissocier réflexion, décision et mise en œuvre. Ils sont donc nommés selon la procédure réglementaire prévue pour les chefs de pôle.

Les directeurs-adjoints sont invités à assister aux réunions du directoire.

Le directeur invite, en fonction des sujets abordés, les personnes compétentes ou dont l'avis lui semble intéressant. Le chef du Service d'Information Médicale est convié pour les questions relatives au suivi de l'activité, des recettes et des dépenses. Les membres du directoire peuvent, avant la réunion, proposer au directeur d'inviter telle ou telle personne.

## **Fonctionnement**

Le directoire constitue un collectif, en charge de définir, porter et mettre en œuvre la politique générale de l'établissement, en s'appuyant sur des valeurs partagées (service public, qualité des soins), un projet commun (projet d'établissement), un partage des informations. Ses membres sont solidaires des actions engagées et décisions prises.

Le directoire se réunit au moins 8 fois par an sur un ordre du jour déterminé. Un planning prévisionnel des réunions est arrêté annuellement.

L'ordre du jour est arrêté par le directeur au minimum 4 jours avant la date de la réunion. Les membres du directoire peuvent proposer des points à mettre à l'ordre du jour. Les sujets nécessitant un avis du directoire font l'objet d'un document, transmis avec l'ordre du jour.

La direction générale assure le secrétariat des séances par un relevé synthétique de conclusions.

La concertation du directoire est supposée réalisée si au moins 4 membres sont présents, dont au minimum 2 médecins. A défaut de ce quorum, une 2<sup>ème</sup> réunion, sans quorum, est organisée 8 jours après avec le même ordre du jour.

Les dossiers présentés au directoire sont préparés par un binôme médico-administratif, constitué d'un membre de l'équipe de direction et d'un médecin membre du directoire. D'autres professionnels peuvent y être associés, à la demande du directoire ou à l'initiative du binôme.

Afin de faciliter le suivi des sujets et la « spécialisation » des acteurs, des binômes sont constitués pour les thèmes suivants :

- stratégie et projet médical,
- management et contractualisation,
- questions budgétaires et financières,
- qualité et gestion des risques,
- politique et gestion des ressources humaines.

D'autres sujets ou dossiers peuvent également être confiés à des binômes constitués à cet effet.

Chaque année, le directoire se réunit une journée pour mener une réflexion sur un thème qu'il a préalablement défini.

## **Article 5 : La commission médicale d'établissement (CME)**

### **Attributions**

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration 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. Elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Elle est consultée ou informée, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur. Elle est régulièrement informée :

- des créations et suppressions de postes médicaux,
- des recrutements et affectations de médecins,
- de l'exécution budgétaire.

### **Composition**

La CME est composée de représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques. Afin d'assurer une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement, elle est constituée selon les principes suivants :

- chaque service figurant à l'organigramme de l'établissement est représenté par son chef de service et un praticien hospitalier,
- tous les chefs de service sont donc membres de droit de la CME,
- une parité entre la représentation, d'une part, des chefs de service, et, d'autre part, des praticiens hospitaliers est assurée, en tenant compte que les chefs de pôle sont également chef de service ou praticien hospitalier et donc décomptés à ce titre. En cas de vacance de la fonction de chef de service, le praticien hospitalier du service assiste aux réunions mais ne prend pas part aux votes.

La CME est donc composée comme suit :

- l'ensemble des chefs de pôle cliniques et médico-techniques,
- l'ensemble des chefs de service, responsables de structures internes,
- des praticiens hospitaliers titulaires et autant de praticiens hospitaliers suppléants, élus par leurs pairs.

Leur nombre est déterminé de façon à assurer :

- la parité de représentation entre chefs de service et praticiens hospitaliers selon le principe énoncé ci-dessus,
- la représentation de chaque service défini à l'organigramme de l'établissement.

Leur nombre peut être adapté en cours de mandat afin de respecter en permanence la parité de représentation avec les chefs de service.

- 2 représentants titulaires et 2 représentants suppléants élus des personnels médicaux temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral dans l'établissement,
- 1 représentant élu des sages-femmes, l'établissement disposant d'une activité de gynécologie obstétrique,
- représentants des internes : 1 interne de médecine générale, 1 interne de médecine des autres spécialités, 1 interne de pharmacie.

Assistent aux réunions de la CME avec voix consultative :

- le directeur, assisté des collaborateurs de son choix,
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- le praticien responsable de l'information médicale s'il n'est pas chef de service,
- le représentant du CTE, élu en son sein,
- le praticien responsable de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène s'il n'est pas chef de service,

- les coordonnateurs des fédérations médicales interhospitalières auxquelles participe l'établissement.

### **Organisation du scrutin**

Les élections sont organisées par la direction des ressources humaines. Une note de service, affichée et diffusée avec le matériel électoral, rappelle les modalités du scrutin et notamment :

- l'affichage 6 semaines avant la date du scrutin de la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges, titulaires et suppléants à pourvoir pour chaque catégorie. Pour le collège des praticiens hospitaliers, les services sont précisés. Les professionnels concernés disposent d'un délai de 5 jours pour demander une modification des listes.
- les candidats ont un délai de 10 jours à partir de la date d'affichage pour faire acte de candidature par écrit auprès de la direction des ressources humaines. Pour le collège des praticiens hospitaliers, les candidatures se font pour représenter leur service d'affectation.
- la liste des candidats est arrêtée et affichée 12 jours après la date d'affichage. Les professionnels disposent de 3 jours pour demander une modification des listes de candidats.
- le vote peut se faire :
  - sur place de 9h à 14h,
  - par correspondance, le cachet de la poste faisant foi,
  - par dépôt à la direction des ressources humaines et élargement.
- un bureau de vote est constitué avec, par collège, 2 représentants des candidats, tirés au sort. Il assure le dépouillement.
- les résultats sont affichés.

L'élection ayant lieu au scrutin uninominal à 2 tours :

- les bulletins de vote comprennent la liste des candidats aux différents sièges.
- chaque votant choisit ses candidats aux postes de titulaires, en rayant les autres noms.
- pour être valable, un bulletin de vote ne doit comporter, au plus, qu'un nom par poste de titulaire à pourvoir.
- après comptabilisation des voix obtenues par chaque candidat, ils sont classés par nombre de suffrages exprimés.
- les postes de titulaires, puis de suppléants, sont attribués au regard des résultats obtenus.
- les candidats non élus comme titulaires ou suppléants sont inscrits sur une liste qui permettra, par catégorie et service, de remplacer en cours de mandat des suppléants devenus titulaires.

En cours de mandat, en l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie considérée, il est pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire par élection partielle du collège concerné.

**Fonctionnement** : La direction des ressources humaines assure le secrétariat des séances.

### **Article 6 : Le comité technique d'établissement (CTE)**

Le comité technique d'établissement est une instance consultative.

Il est présidé par le directeur de l'établissement et est constitué de représentants des personnels non médicaux élus par collèges (catégories A, B et C).

Il est tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement.

Le secrétariat est assuré par la direction des ressources humaines.

## **Article 7 : La commission des soins infirmiers de rééducation et médico technique (CSIRMT)**

### **Attributions**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée ou informée, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

Elle est plus particulièrement chargée :

- de l'élaboration du projet de soins et du suivi annuel de sa mise en œuvre.
- de la validation et l'évaluation des protocoles de soins.
- de l'élaboration d'un plan annuel d'audit des organisations soignantes et d'évaluation des pratiques professionnelles soignantes, en lien avec la politique qualité et gestion des risques arrêtée et les actions prioritaires en la matière par l'établissement.
- de la formalisation de recommandations suite aux résultats des audits et évaluations réalisés.

Le président de la CSIRMT soumet, en début d'année, son plan de travail annuel au directoire. Il élabore annuellement un rapport d'activité qu'il présente au directoire et qui est annexé au rapport annuel de gestion.

### **Composition**

Les représentants élus des différentes catégories de personnels se répartissent comme suit :

- .... -collège des cadres de santé : ..... 9
- -collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques : .....12
- -collège des aides-soignants : .....3

Les élections sont organisées par la direction des ressources humaines. Une note de service, affichée et diffusée avec le matériel électoral, rappelle les modalités du scrutin et notamment :

- l'affichage 6 semaines avant la date du scrutin de la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges à pourvoir. Les personnels disposent d'un délai de 5 jours pour demander une modification des listes.
- les candidats ont un délai de 10 jours à partir de la date d'affichage pour faire acte de candidature par écrit auprès de la direction des ressources humaines.
- la liste des candidats est arrêtée et affichée 12 jours après la date d'affichage. Les personnels disposent de 3 jours pour demander une modification des listes de candidats.
- le vote a lieu par correspondance, le cachet de la poste faisant foi, ou par dépôt à la direction des ressources humaines et émargement.
- un bureau de vote est constitué avec, par collège, 2 représentants des candidats, tirés au sort. Il assure le dépouillement.
- les résultats sont affichés.

D'autres professionnels peuvent être associés aux travaux de la commission à l'initiative du président. C'est nécessairement le cas lorsque certains professionnels concernés par un sujet à l'ordre du jour ne sont pas représentés parmi les membres élus de la commission.

## **Fonctionnement**

Le bureau de la CSIRMT est composé :

- du président,
- de 3 cadres de santé,
- de 4 personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- d'un aide-soignant.

Il se réunit sans quorum. Il est chargé de préparer les réunions plénières (documents, présentations...) et de suivre les travaux engagés.

Le directeur peut consulter le bureau sur toute question qui ne relève pas des attributions réglementaires de la commission.

Le secrétariat des réunions est assuré par la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

## **Article 8 : Le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)**

### **Attributions**

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission de contribuer à la protection de la santé et la sécurité des salariés de l'établissement. Il veille à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires en la matière.

### **Composition**

Le CHSCT est constitué du directeur ou son représentant (président), de représentants des personnels non médicaux désignés par les organisations syndicales représentatives, d'un représentant des médecins. Y assistent le directeur des ressources humaines, le directeur des services économiques, logistiques et hôteliers, le responsable de la maintenance et des travaux, le coordonnateur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou leurs représentants, le médecin du travail, le praticien chargé de l'hygiène et l'inspecteur du travail.

Le secrétariat des réunions est assuré par la direction des ressources humaines.

## **Article 9 : Les commissions administratives paritaires locales (CAPL)**

Les commissions administratives paritaires sont constituées par catégories (A, B, C), groupes (personnels techniques et ouvriers, soignants, médico-techniques et sociaux, administratifs) et grades.

Elles sont composées à parité :

- de représentants de l'administration avec une alternance de membres du conseil de surveillance et de personnels de catégorie A,
- de représentants des personnels non médicaux élus.

Le secrétariat est assuré par la direction des ressources humaines.

## **Article 10 : L'organisation en matière de qualité et gestion des risques**

Le **directoire**, en tant qu'instance stratégique et politique a pour rôle :

- d'impulser la politique et la stratégie qualité et gestion des risques.
- de coordonner les démarches qualité et gestion des risques dans un souci de sécurité de prise en charge du patient.

- de coordonner les approches qualité applicables dans les différents secteurs de l'établissement : certification HAS, certifications ISO, évaluations des pratiques professionnelles, reconnaissances techniques spécifiques (GBEA, HACCP, CBUM...).
- d'impulser les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.
- de prioriser, en lien avec la commission médicale d'établissement, les actions des différentes commissions, comités, et groupes de travail compte tenu des projets institutionnels d'orienter les travaux de la direction de la qualité et de la gestion des risques.

La **commission médicale d'établissement** est structurée en matière de qualité gestion des risques comme suit :

- en matière d'alertes sanitaires, une coordination des référents chargés des vigilances réglementaires est organisée et se traduit par un rapport d'activité annuel présenté à la CME.

Cela concerne :

- la pharmacovigilance,
  - la matériovigilance,
  - l'hémovigilance,
  - la réactovigilance,
  - les signalements externes des infections nosocomiales.
- une commission du développement professionnel continu est chargée :
    - d'établir la politique d'évaluation des pratiques professionnelles et d'en proposer la démarche d'évaluation,
    - de valider l'évaluation des pratiques des différents secteurs d'activité de l'établissement, d'élaborer le programme annuel d'actions EPP et d'en assurer le suivi par l'actualisation d'un tableau de bord,
    - de formuler des recommandations,
    - d'organiser la formation médicale continue.
  - des groupes opérationnels de gestion des risques sont chargés de mettre en œuvre le plan d'actions défini par la commission médicale d'établissement. Ils élaborent un rapport annuel d'activité et proposent un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Il s'agit :

- du comité de lutte contre les infections nosocomiales : CLIN,
- le comité de lutte contre la douleur : CLUD,
- le comité de liaison : CLAN,
- la comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles : COMEDIMS,
- le comité pour la sécurité transfusionnelle : CSTH,
- les strutures-vigilances médicales.

### **Article 11 : Information et expression des personnels**

Les personnels de l'établissement bénéficient d'un **droit à l'expression directe et collective** sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail. Il est organisé au sein des pôles cliniques et médico-techniques (voir infra assemblée générale de pôle). Dans les secteurs administratifs, logistiques et techniques, il est organisé par le chef de pôle, mais comprend au moins une réunion annuelle de l'ensemble des personnels, par direction ou service.

Une **réunion mensuelle des cadres** est organisée par le responsable du pôle organisation et relations humaines. Elle permet une information régulière sur la vie institutionnelle mais surtout une mise en commun et un partage d'expériences. Les réunions font l'objet d'une planification annuelle. L'ordre du jour est arrêté par le responsable du pôle organisation et relations humaines, en intégrant les questions soumises par les

cadres. Chaque année, les cadres proposent de un à trois thèmes de réflexion sur les questions d'encadrement. Un groupe de cadres prend en charge la préparation et l'animation des séances correspondantes.

L'information sur la vie de l'institution est structurée autour de deux outils institutionnels :

- l'intranet de l'établissement,
- un bulletin trimestriel d'informations, diffusé avec les fiches de paie.

## **Organisation médicale**

### **Article 12 : Le découpage en pôles d'activité**

Le pôle est défini comme « une entité de gestion répondant à un objectif d'activité et de qualité, fondés sur un projet médical rédigé et partagé ». A ce titre, il doit répondre aux objectifs de décloisonner et de raccourcir les circuits.

Le découpage en pôles peut répondre à différentes logiques : médicale (appareil, organe), de partage de compétences autour du circuit du patient, d'une filière de soins, d'un plateau technique, géographique (proximité)

Il vise plus particulièrement à :

- offrir une lisibilité des activités de l'hôpital pour les usagers,
- constituer une masse critique suffisante et gérable.

Le pôle répond à plusieurs critères :

- être cohérent en matière de prise en charge du patient,
- constituer un ensemble produisant une activité mesurable quantitativement et qualitativement,
- avoir une taille suffisante pour disposer et donc gérer des marges de manœuvre,
- constituer un niveau d'arbitrage de l'allocation des ressources,
- constituer un niveau d'animation et de régulation des relations de travail.

Le CHI a défini 4 pôles cliniques et médico-techniques qui sont :

- le **pôle femme-enfant**, regroupant le service de pédiatrie, réanimation infantile et le service de gynécologie obstétrique,
- le **pôle chirurgie** regroupant le service orthopédie-traumatologie, le service digestif, viscéral, le service urologie, le service OPH, le service ORL-stomatologie, le service anesthésie-réanimation, l'unité de chirurgie ambulatoire, le bloc opératoire,
- le **pôle médecine** regroupant le service de cardiologie, le service de médecine interne, le service de gériatrie, le service de néphrologie-hémodialyse, le service des urgences adultes, le service de réanimation polyvalente, l'unité d'hépatogastroentérologie, l'unité de toxicomanie-addictologie,
- le **pôle médico-technique** regroupant le service pharmacie, stérilisation, hygiène, le service laboratoire de biologie, le dépôt de sang, le service imagerie médicale.

Les 3 pôles cliniques présentent une cohérence médicale forte.

Le pôle médico-technique répond à l'obligation de découpage en pôles et devra permettre d'organiser à terme une contractualisation « clients-fournisseurs ».



Les consultations externes sont rattachées aux différents pôles mais sont placées sous l'autorité fonctionnelle d'un cadre, qui travaille en lien avec un référent médical, désigné par le directoire.

Le bon fonctionnement de l'ensemble nécessite toutefois un minimum de relations inter pôles organisées au niveau du bureau de pôle :

- participation à la demande de l'anesthésie aux réunions du pôle femme-enfant,
- participation à la demande des 3 services constituant le pôle médico-technique aux réunions des 3 pôles cliniques.

### **Article 13 : Le pôle**

La mise en place d'un management par les pôles a pour objectif d'apporter une valeur ajoutée : une amélioration de la qualité du service rendu au patient par une maîtrise médicalisée des ressources et une meilleure adaptation de l'organisation.

Elle vise à apporter :

- simplification,
- responsabilisation et implication,
- équité et efficience,
- sécurité et réactivité.

Le pôle constitue le niveau d'animation et de coordination des services autour des axes principaux suivants :

- optimiser la prise en charge du patient : fluidité et homogénéité des prises en charge,
- délivrer des soins de meilleure qualité : évaluation des pratiques professionnelles,
- développer l'activité et organiser une gestion collective des ressources et des moyens, dans le souci de l'efficience (allocation des ressources aux activités pertinentes), à partir d'outils de suivi et dans une démarche de transparence,
- fidéliser les équipes et investir sur les ressources humaines, en organisant le dialogue avec les équipes.

### **Le chef de pôle médical et médico-technique**

Il est nommé par le directeur sur une liste proposée par le président de la CME, suite à un appel à candidatures aux fonctions de chef de pôle, faite sur la base des objectifs définis au pôle par le projet d'établissement.

Les candidats doivent, si possible, avoir une expérience de management et/ou de conduite de projet dans le domaine hospitalier, voire extrahospitalier.

Le chef de pôle doit disposer d'une formation à l'exercice de sa fonction. Elle peut avoir été acquise avant sa nomination. Sinon, il doit, dans l'année de sa prise de fonction, suivre une formation aux apprentissages qui lui sont nécessaires. Cette action est inscrite prioritairement au plan de formation de l'établissement.

Le chef de pôle est **sous l'autorité hiérarchique** du directeur. Il **exerce l'autorité fonctionnelle** sur:

- le cadre supérieur de pôle,
- les chefs de services,
- le personnel médical du pôle,
- le personnel non médical du pôle (jour/nuit).

Il est **en lien fonctionnel** avec le président de CME.

Le chef de pôle met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle par le projet d'établissement et le CPOM. Il est chargé de la mise en œuvre opérationnelle des décisions institutionnelles sur le terrain. Ces éléments sont définis dans le contrat de pôle signé avec le directeur et le président de la CME.

Les principales **fonctions/attributions** du chef de pôle sont les suivantes :

- Il prépare et met en œuvre le **projet de pôle** avec la collaboration du bureau élargi. Avec le cadre de pôle, il en surveille la mise en application à un rythme au moins trimestriel. Cette évaluation ainsi que les mesures correctives à apporter sont présentées et débattues en bureau de pôle. Un point est régulièrement fait au directoire.
- Il préside le **bureau de pôle**. Il en arrête l'ordre du jour, en prenant en compte les propositions des membres du bureau ou du bureau élargi. Il en réalise le relevé de décisions. Ce dernier est validé à la réunion suivante. Après prise en compte des commentaires éventuels, il en assure la diffusion à ses membres et à ceux du directoire.
- Il préside « **l'assemblée générale** » du pôle. Il en arrête l'ordre du jour et en assure la validation du compte rendu.
- Il organise le **fonctionnement du pôle**. A ce titre :
  - il élabore les projets d'organisation interne, qui sont ensuite présentés en directoire et soumis pour avis aux instances compétentes (CME, CTE, CHSCT) avant mise en œuvre.
  - il propose annuellement dans le cadre de la préparation de l'EPRD, l'affectation par service des postes tant médicaux que non médicaux, leurs transformations ainsi que les demandes éventuelles de créations. Ces propositions sont accompagnées des fiches de profils de postes correspondantes. Les modalités de couverture des surcoûts éventuels sont précisées. Les tableaux des emplois tant médicaux que non médicaux sont arrêtés annuellement avec l'EPRD.
  - il a l'autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement. Il dispose donc du pouvoir de donner des instructions aux personnels du pôle, d'annuler ou de réformer les décisions prises par ses collaborateurs.
  - il ne recrute pas, ne gère pas les carrières et ne dispose pas du pouvoir de sanction, qui demeurent à l'autorité hiérarchique qu'est la direction.
  - il affecte les ressources allouées au pôle en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs du pôle. Les déplacements de personnels non médicaux, à l'intérieur du pôle, peuvent intervenir :
    - occasionnellement pour faire face à une situation particulière.
    - en routine dans le cadre d'un ajustement des présences aux besoins pour assurer les différentes activités.
  - Ces déplacements doivent être organisés : formation à la polyvalence, harmonisation des organisations et gérés dans le souci d'équité de traitement.
    - il propose la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens ainsi que le recrutement de médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux au directeur.
    - il propose au directeur les modalités de gestion des lits au sein du pôle.
    - il anime la vie d'équipe et participe avec le cadre de santé de pôle, à des visites dans les services et unités du pôle.
    - il est informé par le cadre de pôle des plaintes et réclamations relatives aux différents services du pôle.

- il présente le rapport d'activité du pôle à l'assemblée de pôle (au plus tard en avril-mai de l'année N+1).
- o Il est membre de droit de la CME.
- o Il est membre du droit du directoire et à ce titre solidaire de la politique et de la gestion institutionnelles qui y sont définies. Il y rapporte à un rythme au moins trimestriel l'analyse d'activité qualitative et quantitative du pôle après consultation du bureau de pôle.
- o Il apporte sa contribution, indépendamment de sa responsabilité de pôle, à la vie institutionnelle. Il organise et s'assure de la participation des personnels du pôle à la vie institutionnelle. Il désigne les représentants du pôle aux différents groupes de travail institutionnels ainsi que les référents du pôle pour les différentes activités définies réglementairement ou institutionnellement.
- o Il organise sa suppléance lors de ses absences, en informe le cadre de pôle, l'ensemble des services du pôle et le directeur.

### **Le cadre de pôle**

Dans les pôles cliniques, le chef de pôle est assisté d'un cadre supérieur de santé. Le cadre de pôle est nommé par le directeur sur proposition du chef de pôle. Sa nomination est corrélée à celle du chef de pôle mais peut être renouvelée, sur proposition du nouveau chef de pôle.

Le cadre de pôle doit disposer d'une expérience professionnelle d'encadrement significative avec une expérience de management et/ou de conduite de projet dans le domaine hospitalier, voire extrahospitalier.

Le cadre de pôle doit disposer d'une formation à l'exercice de sa fonction. Elle peut avoir été acquise avant sa nomination. Sinon, il doit, dans l'année de sa prise de fonction, suivre une formation aux apprentissages dont il ne dispose pas. Cette action est inscrite prioritairement au plan de formation de l'établissement.

Le cadre de pôle est **sous l'autorité hiérarchique** du directeur. Il est **sous l'autorité fonctionnelle** du chef pôle

- Il **exerce l'autorité hiérarchique** sur :
  - o les cadres de santé de proximité,
  - o le personnel non médical (jour/nuit) de chaque service, en lien avec les cadres de proximité.

Il n'assume pas de fonction de cadre de proximité.

Les principales **fonctions/attributions** du cadre de pôle sont les suivantes :

- Il participe à la **vie du pôle** et contribue à son **fonctionnement** :
  - o il est membre de droit du bureau de pôle,
  - o il met en place et suit le projet d'établissement décliné dans le projet de pôle en lien avec le chef de pôle,
  - o il contribue à la rédaction du projet de pôle,
  - o il contribue à l'analyse trimestrielle de l'activité du pôle,
  - o il participe à la mise en place et au suivi des différents projets du pôle,
  - o en collaboration avec le chef de pôle, il propose les modalités de gestion des lits installés,
  - o il s'assure de la déclinaison logistique et matérielle des projets du pôle,
  - o il conseille, encadre les cadres de proximité pour la mise en place et le suivi des différents projets du pôle.

- Il est le garant de l'**accueil** et de la **qualité des soins** :
  - il organise et anime la déclinaison du projet de soins au sein du pôle,
  - il est garant (coordination, suivi, évaluation périodique) de la qualité et de la sécurité des soins du pôle,
  - il est informé des plaintes et réclamations relatives au pôle.
- Il dispose, de la part de la Direction, d'une délégation en matière de **gestion des ressources humaines non médicales** :
  - il encadre, anime, coordonne l'ensemble des cadres du pôle,
  - il organise au sein du pôle les affectations, les contributions et les suppléances des cadres de proximité (après avis du chef de service et du chef de pôle), et des personnels non médicaux, en lien avec le pôle relations humaines et organisations, en cas de changement d'affectation entre pôles, dans le respect du tableau des emplois annuel,
  - il contribue au recrutement, en :
    - priorisant, en lien avec le chef de pôle, avant de les transmettre au pôle relations humaines et organisations, les affectations des agents à recruter sur postes vacants au sein du pôle,
    - donnant son avis pour le recrutement du personnel non médical, après consultation du cadre de proximité.
  - il veille à l'intégration des nouveaux agents :
    - donne obligatoirement son avis avant toute mise en stage et toute titularisation, avant tout renouvellement de contrat et avant le passage en contrat à durée indéterminée,
    - est informé des situations spécifiques/difficiles, coordonne l'accueil des étudiants paramédicaux au sein du pôle,
  - il assure, en lien avec les chefs de service concernés, l'entretien de recrutement et l'évaluation des personnels non infirmiers comme sages-femmes, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, sexologues, orthoptistes, pédicures-podologues,
  - il coordonne l'élaboration des plans de formation en cohérence avec le projet de pôle,
  - après coordination avec les cadres de proximité, il valide les demandes de suppléances diverses (recours au personnel du pool soignant, heures supplémentaires, vacataires, intérim) et est l'interlocuteur du cadre référent « gestion des effectifs » de la direction des soins sur ce sujet,
  - il réalise les évaluations des cadres de proximité du pôle en coopération avec les chefs de service et le chef de pôle, avant de les transmettre,
- Il participe aux travaux institutionnels et organise la participation des personnels non médicaux aux travaux institutionnels.
- Il contribue à la coordination inter-pôles et à la cohérence institutionnelle de l'établissement.
- Il organise sa suppléance lors de ses absences, en informe le chef de pôle, l'ensemble des services du pôle et directeur.

Dans le pôle médico-technique, les attributions du cadre de pôle en matière de gestion des ressources humaines sont assurées par les cadres de proximité de chaque service.

### **Les autres assistants et collaborateurs du chef de pôle**

Le chef de pôle structure librement son équipe interne. Les moyens humains alloués au fonctionnement du pôle sont définis dans le contrat de pôle.

L'ensemble des services constituant les pôles administratifs de l'établissement fournissent l'appui et l'expertise relevant de leur compétence aux chefs de pôles et aux cadres de pôles, pour l'ensemble des missions et/ou dossiers conférés à ces derniers.

Cet appui répond aux règles suivantes :

Les **cadres administratifs** (chefs de service ou non) peuvent être sollicités directement par les chefs de pôle ou les cadres de pôle, sans qu'ils aient à en référer au directeur en charge du pôle concerné, pour toute question relevant du pilotage et de la gestion du pôle, ou d'un dossier du pôle, relevant de leur champ de compétence.

Les **directeurs adjoints**, chefs de pôles administratifs :

- s'assurent que les demandes formulées par les pôles sont traitées dans les délais compatibles avec les besoins de gestion des pôles ou d'avancement des dossiers.
- sont garants du respect des règles applicables dans leur champ de compétence et de la cohérence institutionnelle dans le traitement des dossiers.
- sont garants de la charge de travail et de la gestion des dossiers au sein des services administratifs, dans le respect du temps dévolu aux pôles et des obligations de gestion institutionnelles.
- peuvent être désignés par le directeur, au cas par cas, comme référent pour accompagner plus spécifiquement un projet au sein d'un des pôles.

En complément de ce dispositif global et selon les règles rappelées précédemment, l'établissement met à la disposition des chefs de pôle et cadres de pôle un équivalent temps plein dans le service des finances et du contrôle de gestion, principalement au sein de la cellule d'analyse de gestion.

Ainsi, la **cellule analyse de gestion** :

- a pour mission pérenne :
  - de collecter et de centraliser les indicateurs institutionnels et spécifiques à chaque pôle, qu'elle qu'en soit la source,
  - d'en assurer le contrôle de cohérence, de les valider et de les mettre en forme, en lien avec les structures les produisant,
  - d'en assurer la transmission à l'ensemble des pôles de l'établissement par des tableaux de bord synthétiques et leur déclinaison détaillée, nécessaires au pilotage des pôles,
  - d'apporter son concours au chef de pôle et au cadre de pôle dans l'analyse des résultats.
- a pour mission ponctuelle :
  - de mener toutes les études financières, d'analyse économique ou médico- économique, nécessaires aux pôles pour conduire leurs projets préalablement validés par les bureaux de pôle et le Directoire.

**Le contrôleur de gestion** :

- participe, sur invitation du chef de pôle, aux réunions du bureau pour les points relatifs à l'analyse de l'activité du pôle et les études qu'il a menées.
- participe, sur invitation du chef de pôle, aux réunions du bureau dont l'ordre du jour inclut la restitution d'une étude commandée par le pôle.

- assure la liaison entre les différents services administratifs pour toutes les données et tous les indicateurs identifiés comme relevant du pilotage du pôle ; il est le point d'entrée unique du chef de pôle et du cadre de pôle pour ces éléments.
- est le garant de la cohérence des tableaux de bord diffusés aux pôles et de l'ensemble de leurs indicateurs.
- est le garant de la continuité de la diffusion des tableaux de bords aux pôles.

### **Le bureau de pôle**

Le bureau est informé des projets et décisions institutionnelles examinés en directoire. Il est consulté sur les questions relatives au fonctionnement et à l'organisation du pôle. Il examine les tableaux de bord de suivis institutionnels. Il débat des questions relatives à la vie du pôle. Ses réunions font l'objet d'un relevé de décisions, qui est transmis au directoire.

Les pôles peuvent se structurer au choix avec :

- **un bureau restreint** composé :
  - du chef de pôle,
  - du cadre de santé assistant le chef de pôle,
  - des chefs de services.
- **et/ou un bureau élargi** composé :
  - des membres du bureau restreint,
  - d'un PH par service, désigné par ses pairs sur la base du volontariat (un titulaire/un suppléant),
  - des cadres de santé de proximité du pôle.

Le bureau de pôle est **convoqué** par le chef de pôle. Il se réunit au moins 8 fois par an. Dans le cas où le pôle fonctionne avec un bureau restreint, le bureau élargi est réuni au moins 4 fois par an.

Le bureau de pôle **se réunit** avec un ordre du jour, arrêté par le chef de pôle, après, entre autres, propositions du bureau ou du bureau élargi, adressé au minimum 3 jours avant la date de réunion et accompagné des documents de travail y afférant.

Les réunions du bureau de pôle font l'objet d'un **relevé de décisions**, comprenant au moins le nom des personnes présentes et un relevé des décisions prises. Il est diffusé par le chef de pôle aux membres du bureau et aux membres du directoire. Il est validé à la réunion suivante.

Le bureau de pôle est **consulté** sur :

- la prévision annuelle d'activité des services et des moyens nécessaires y afférant (octobre n-1).
- le bilan trimestriel d'activité (qualitatif/quantitatif/permanence des soins). L'analyse, les avis et commentaires formulés sont transmis par le chef de pôle aux membres du directoire.
- la gestion prévisionnelle des ressources humaines et matérielles : tableaux des emplois annuels (PM et PNM), tableau de service type par service. Les propositions de modifications y sont discutées.
- les projets médicaux qu'ils soient transversaux ou qu'ils émanent d'une unité fonctionnelle, d'un service. L'avis du bureau de pôle est transmis au directoire par le chef de pôle, voire aux instances consultatives en tant que de besoin.
- les demandes de travaux et d'équipements et leur priorisation. Un calendrier de mise en application des projets est arrêté et suivi.

Les membres du bureau de pôle ainsi que les autres personnes appelées à assister à ces réunions sont tenus à une **obligation de discrétion** à l'égard des discussions et des informations présentant un caractère confidentiel.

Le chef de pôle peut inviter toute personne susceptible d'éclairer les débats sur un sujet donné, notamment les membres d'un autre pôle intervenant régulièrement au sein de celui concerné [ex : anesthésie dans le pôle femme - enfant]. Une à deux fois par an, une rencontre entre le pôle médico-technique et chaque pôle clinique est organisée.

Le bureau mandate toute(s) personne(s) compétente(s) au sein du pôle pour conduire les travaux/projets/études retenus par le bureau. L'avancement et/ou les conclusions de ces travaux sont restitués au bureau de pôle par les personnes les ayant conduits.

### **Le contrat de pôle**

Le contrat de pôle constitue un contrat interne d'objectifs et de moyens, élaboré à partir du projet collectif de pôle et en conformité avec le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Il définit les objectifs en matière d'activité, de qualité/gestion des risques, de gestion des ressources humaines, d'équilibre financier. Ces objectifs ont un volet institutionnel, commun à tous les pôles, et un volet spécifique au pôle.

Le contrat de pôle précise les moyens alloués au regard des objectifs.

Les moyens humains sont affectés par service. Toute modification de leur répartition fait l'objet d'une validation par la direction, dans le cadre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) annuel. Les organisations et conditions de travail sont proposées par le pôle, mais la décision reste au niveau de la direction, après consultation des instances (CHSCT et/ou CTE) compétentes.

Le contrat de pôle décline :

- les projets stratégiques : référence au projet médical, aux objectifs organisationnels, aux coopérations inter-pôles.
- l'équilibre médico-économique : objectifs de recettes et de dépenses.
- des actions ciblées : référence aux objectifs du projet d'établissement.
- le positionnement régional annuel de l'activité : parts de marché, ratios effectif rémunéré/ activité (source BDHF et ARS).
- précise les délégations de gestion et/ou de signature.

### **La concertation et l'information au sein du pôle**

La concertation et l'information au sein du pôle s'appuient notamment sur **l'assemblée générale de pôle**.

L'assemblée générale de pôle est composée :

- du chef de pôle,
- du cadre de pôle, assistant le chef de pôle,
- des chefs de services,
- et est ouverte à tous les membres du pôle (jour / nuit).

Elle est convoquée par le chef de pôle, avec un ordre du jour arrêté par le chef de pôle et diffusé au minimum 3 semaines avant la date de réunion. Elle se réunit au moins une fois par an.

Elle permet la diffusion d'informations autour de la vie et des projets du pôle et de ses services. Elle est notamment informée sur :

- le projet de pôle, réactualisé annuellement, après validation par le directoire,
- le rapport annuel d'activité du pôle (indicateurs qualitatifs et quantitatifs, participation à la vie institutionnelle, à la vie du territoire de santé).

Les questions peuvent être posées à l'avance via les cadres, des boîtes aux lettres ou le site intranet (J-7 au plus tard) ou en séance.

Elle n'aborde pas les questions individuelles.

Elle peut aboutir, le cas échéant, à la création d'un groupe de travail.  
Le chef de pôle valide et diffuse un compte rendu reprenant au moins les thèmes abordés.

#### **Article 14 : Le service comme structure interne**

Le service constitue le niveau d'organisation des soins et de gestion opérationnelle de la qualité des prises en charge, conformément aux recommandations et bonnes pratiques.

#### **Le chef de service**

Le chef de service est nommé par le directeur sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME.

Le médecin nommé chef de service doit avoir une expérience professionnelle significative et avoir piloté, ou au moins participé, à des groupes de travail institutionnels.

Le chef de service doit disposer d'une formation à l'exercice de sa fonction, notamment en matière de gestion d'équipe, des ressources humaines et de la gestion de service. Elle peut avoir été acquise avant sa nomination. Sinon, elle est à acquérir dans l'année suivant sa prise de fonction. Cette action est inscrite prioritairement au plan de formation de l'établissement.

Le chef de service est **sous l'autorité hiérarchique** du directeur. Il est **sous l'autorité fonctionnelle** du chef de pôle.

Il est **en lien fonctionnel** au sein du service avec les personnels médicaux et non médicaux, le cadre de proximité et le cadre de pôle.

Le chef de service a en charge l'organisation de la prise en charge des patients par l'équipe médicale et soignante. A ce titre, il organise :

- la prise en charge médicale,
- la mise au point des protocoles médicaux,
- la mise en œuvre et l'évaluation des protocoles institutionnels ou spécifiques au service,
- l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins,
- l'enseignement et la recherche.

Il définit l'organisation médicale interne et propose au chef de pôle la désignation des responsables médicaux d'activité.

Le chef de service participe à la mise en œuvre, dans son service, du projet de pôle et du contrat de pôle. A ce titre, il veille à ce que :

- le projet médical du service décline de façon opérationnelle les principes d'organisation générale (fonctionnement interne), les orientations d'activité ainsi que les actions retenues en matière de qualité et d'évaluation des soins dans le projet de pôle,
- le fonctionnement du service intègre la dimension d'équilibre médico-économique du pôle.

Le chef de service rend compte de sa gestion du service au chef de pôle.

Les principales **fonctions/attributions** du chef de service sont les suivantes :

- Il est **membre de droit** du bureau de pôle, et à ce titre, porte parole du service mais solidaire de la politique et de la gestion du pôle,
- Il **participe à au moins un groupe de travail institutionnel** en tant que pilote ou membre,
- Il contribue à l'élaboration, à la mise en place et à l'évaluation du **projet de pôle** :



- en cohérence avec le projet d'établissement, le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM), le Schéma Régional d'organisation Sanitaire (SROS), les conventions signées par l'établissement, et le contrat interne pluriannuel.
- **Il coordonne et organise** l'activité médicale :
  - dans le respect du contrat de pôle et du contrat le nommant chef de service,
  - il s'assure de l'accueil et de l'encadrement des internes et étudiants hospitaliers,
  - Il propose au chef de pôle le **tableau de service type** précisant l'organisation médicale par activité et demi-journées, qui est mis à jour à chaque modification de l'équipe médicale,
  - Il propose au chef de pôle les profils de postes pour tout recrutement de médecin,
  - Il valide et transmet mensuellement aux Affaires Médicales **les tableaux de service prévisionnel et réalisé**, élaborés dans le respect des effectifs et des règles applicables aux différents statuts,
  - Il donne **son avis** (transmis au chef de pôle, avant transmission au directeur) sur :
    - l'affectation de praticien au sein du service/structure interne,
    - la nomination en qualité de praticien hospitalier titulaire,
    - l'admission d'un praticien libéral au sein du service/structure interne,
    - la demande d'activité libérale, de mise en disponibilité, ou de mise à disposition dans le cadre de convention inter hospitalière, sollicités par un PH affecté dans le service/structure interne,
    - les demandes de formation du personnel médical du service / structure interne,
    - le recrutement et/ou l'affectation du cadre de proximité dans le service/la structure interne,
    - l'affectation de secrétaires médicales,
    - l'évaluation du personnel non médical et des sages-femmes.
  - Il veille à la **transmission des informations d'activité** (codage et comptes-rendus, disponibilité des lits...),
  - Il peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, certaines de ses missions à un praticien du service. Dans ce cas, il en informe le chef de pôle et le Président du Directoire,
  - Il participe, pour son service, à l'élaboration du plan d'équipement médical,
  - Il organise sa suppléance lors de ses absences, en informe le chef de pôle et le cadre de proximité du service.

### **le contrat du chef de service**

Un contrat définit, conformément au contrat de pôle et au projet de pôle, les objectifs, règles de fonctionnement, engagements, moyens de suivi et d'évaluation du chef de service. Il est co-signé par le directeur, le président de la CME, le chef de pôle et le chef de service.

### **Le cadre de proximité**

Le cadre de santé de proximité assiste le chef de service. Par exception, il peut s'agir :

- d'un cadre supérieur de santé lorsqu'il assure la coordination de plusieurs unités et/ou activités ;
- d'un faisant fonction, dans le cadre d'un contrat défini dans le temps.

Le cadre de proximité doit, dans la mesure du possible, disposer d'un parcours professionnel diversifié, avoir pris des responsabilités au sein des services, avoir participé à des travaux institutionnels.

Le cadre de santé a suivi la formation d'école de cadres. Par exception, le faisant fonction fait l'objet d'une évaluation à la fonction à un an et, lorsque l'évaluation est positive, il dispose d'un délai de deux ans pour réussir le concours d'entrée en école de cadres.

Il est nommé par le directeur, qui l'affecte au pôle après avis du directeur des soins, du cadre de pôle et du chef de pôle. Au sein du pôle, il est affecté à un service ou à une activité et/ou à une mission par le cadre de pôle, après avis du chef de service concerné et du chef de pôle.

Le cadre de proximité suit, dans le cadre de la formation continue, les actions lui permettant d'actualiser et d'approfondir ses connaissances, sur la base de l'évaluation annuelle et des objectifs définis pour le secteur d'activité ou dans le cadre de missions institutionnelles.

Le cadre de proximité est **sous l'autorité hiérarchique** du cadre de pôle. Dans le pôle médico-technique, les cadres de proximité sont sous l'autorité hiérarchique du directeur.

Il est **en lien fonctionnel** avec le chef de service.

Il **exerce l'autorité hiérarchique** sur les personnels non médicaux du service.

Les **principales fonctions/attributions** du cadre de proximité sont les suivantes :

- Il participe à la vie du **pôle** :
  - il est membre de droit du bureau de pôle élargi,
  - il met en place et suit la déclinaison du projet de pôle pour le service, en lien avec le chef de pôle, le cadre de pôle et le chef de service,
  - il contribue à l'analyse trimestrielle de l'activité du service,
  - il participe à la mise en place et au suivi des différents projets de pôle.
- Il est garant de l'**accueil** et de la **qualité des soins** dans le service
  - il organise et anime la déclinaison du projet de soins au sein du service,
  - il est responsable de l'accueil du patient dans le service, du suivi de la programmation des entrées/sorties en coopération avec le personnel médical,
  - il est garant (mise en place, suivi, évaluation périodique) de la qualité et de la sécurité des soins du service.
- En matière de **gestion des ressources humaines non médicales** :
  - il encadre, anime, coordonne le personnel paramédical du service (jour/nuit).
  - il est garant de l'élaboration et de la cohérence des plannings du service selon les règles institutionnelles.
  - il réalise les primo entretiens de recrutement.
  - il s'assure de la bonne intégration du personnel paramédical au sein du service selon des plans d'intégration adaptés à la personne.
  - il réalise les évaluations des agents du service. les transmet au chef de service puis au cadre de pôle et informe ce dernier des situations spécifiques.
  - il transmet son avis au cadre de pôle sur la mise en stage. la titularisation des agents. les renouvellements des contrats et les passages en contrat à durée indéterminée.
  - il propose le plan de formation du service en lien avec les objectifs qui lui sont propres et ceux du pôle.
  - il transmet au cadre de santé du pôle les demandes de remplacements ponctuels au regard des plannings.
- Il assure la **gestion quotidienne** nécessaire au **bon fonctionnement** du service commandes, approvisionnements, travaux, équipements hôteliers...
- Il participe aux travaux institutionnels.
- Il contribue à la coordination interservices et à la cohérence institutionnelle de l'établissement.

## **Le praticien hospitalier**

Le praticien hospitalier assure la prise en charge médicale du patient.

Il est recruté sur une fiche de poste et un tableau de service, proposés par le chef de service et validés par le chef de pôle.

Il est nommé et affecté dans le pôle par le directeur, sur proposition du chef de service et, après avis du chef de pôle.

Il peut être chargé de missions transversales dans le pôle ou de missions institutionnelles. Il peut être amené à exercer son activité dans plusieurs établissements dans le cadre d'opérations de coopération.

Il participe à la qualité et à la sécurité des soins et a l'obligation de contribuer aux évaluations des pratiques professionnelles.

Il est tenu de réaliser et transmettre, dans les délais fixés, les informations nécessaires à l'analyse et à la facturation de l'activité.

## **Article 15 : L'unité fonctionnelle (UF)**

L'unité fonctionnelle peut constituer un niveau de gestion d'une activité et de moyens identifiés. Il appartient à chaque pôle, en lien avec les chefs de service, de définir, dans son projet de pôle, les missions et compétences d'éventuels responsables d'unité.

## **Article 16 : Le service d'information médicale (SIM)**

Le service d'information médicale est chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement. A ce titre il a en charge les archives médicales. Il traite les informations médicales et médico-économiques traduisant la prise en charge du patient et gère l'ensemble des bases de connaissances médicales. Il apporte son concours aux suivis statistiques, études et audits réalisés dans l'établissement.

## **Article 17 : Continuité et permanence des soins**

### **Le tableau de service**

Le chef de service établit le tableau de service dans le respect des postes médicaux alloués pour l'année, conformément à l'EPRD, et des obligations statutaires des différents médecins. Il veille à l'équité dans la répartition des activités.

### **La continuité des soins**

Le chef de service organise la continuité des soins des patients hospitalisés 24h/24 avec son équipe médicale, y compris dans le cadre d'astreintes de sécurité, et en collaboration avec celles assurant la permanence des soins. L'organisation de la continuité des soins, après discussion en bureau de pôle, fait l'objet d'un protocole validé par le directoire.

### **La permanence des soins**

Une commission de l'organisation de la permanence des soins et des prises en charge non programmées est constituée. Elle est présidée par le président de la CME. En sont membres les chefs de pôle et les chefs des services assurant une garde sur place, une astreinte opérationnelle ou de sécurité.

La commission propose l'organisation de la permanence des soins au directoire, conformément aux textes en vigueur et aux bonnes pratiques. Elle en évalue annuellement le fonctionnement. Elle est saisie des difficultés et dysfonctionnements.

## **La gestion du temps médical :**

- **Temps de travail**

Le temps de travail des médecins est défini par leur statut et organisé dans le tableau de service.

Un guide de gestion du temps médical est élaboré, soumis à la CME et validé par le directoire.

Annuellement, un bilan des tableaux de service est préparé par un groupe de travail constitué de la direction des affaires médicales et d'un référent par pôle, désigné par le chef de pôle.

- **Autorisations d'absences**

Les autorisations d'absences (congés annuels, RTT, congés formation,...) sont visées par le chef de service, puis font l'objet d'une demande préalable aux affaires médicales au moins 5 jours francs avant, sauf cas de force majeure.

Pour les temps plein hospitaliers, l'exercice d'une activité à l'extérieur de l'établissement, notamment d'intérêt général, nécessite une convention entre l'établissement et la structure d'accueil.

- **CET**

L'affectation de jours de congés ou de RTT non pris, sur un CET, ne peut intervenir qu'après vérification des tableaux de service et notamment de la réalisation par tous les médecins du service de leurs obligations statutaires et de l'impossibilité pour raisons de service de les prendre.

- **Plages additionnelles**

Aucune plage additionnelle, sauf poste vacant et/ou absence prolongée non remplacée, n'est payée par l'établissement, les tableaux des emplois médicaux intégrant les effectifs nécessaires au fonctionnement du service.

En cas de postes médicaux vacants et/ou d'absences prolongées de médecins, la compensation en termes de recrutements et/ou de paiement de plages additionnelles est définie préalablement, en lien avec la direction.

Le paiement de plages additionnelles ne peut intervenir qu'après vérification que tous les médecins du service ont assuré leurs obligations statutaires annuelles.

# **Dispositions relatives aux consultants externes et aux hospitalisés**

## **Consultations externes**

### **Article 18 : Consultations externes**

Outre les consultations publiques, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale pratiquée par certains praticiens hospitaliers.

Les patients sont informés des conditions dans lesquelles s'exercent les consultations et examens en secteur libéral. Ils font leur choix en toute connaissance de cause.

## **Admissions**

### **Article 19 : Mode d'admission**

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'urgences reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultations 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.

### **Article 20 : Décision préfectorale**

En cas de refus d'admettre un malade 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 Préfet.

### **Article 21 : Admissions d'urgence**

Si l'état d'un malade 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.

En cas d'impossibilité d'assurer l'admission (raisons médicales, manque de lits) toutes dispositions sont prises pour un transfert approprié dans un autre établissement conformément à la réglementation.

### **Article 22 : Transfert après premiers secours**

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un malade 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 de 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 malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

En particulier, si tous les incubateurs de l'établissement sont occupés, toutes dispositions sont prises pour le transport d'urgence d'un prématuré dans l'établissement le plus proche disposant d'incubateurs et moyens appropriés.

### **Article 23 : Information de la famille**

Toutes mesures sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par la surveillante ou à défaut, par l'infirmière responsable du malade, dans le respect des dispositions des articles du présent règlement intérieur.

## **Article 24 : Refus d'hospitalisation du malade**

Tout malade ou blessé en possession de ses facultés dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal du refus est dressé. Le médecin responsable doit, au préalable, notifier au malade les conséquences préjudiciables que représente une telle décision.

## **Article 25 : Dépôt des objets**

Lors de son admission, la personne hospitalisée est invitée à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession.

Un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant conservés, est remis aux patients.

Un exemplaire est conservé dans le dossier administratif, un autre figure dans le registre spécial tenu par la régie.

Conformément à la loi du 6 juillet 1992 et au décret n° 93-550 du 27 mars 1993, les patients hospitalisés sont informés des règles de responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations d'objets.

Si le malade est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent, de tous les objets et vêtements dont le malade ou blessé est porteur, est aussitôt dressé par deux agents. Les valeurs font alors l'objet d'un dépôt au coffre de l'établissement.

L'établissement ne peut être tenu pour responsable de la perte ou de la disparition d'objets régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus que dans le cas où une faute serait établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.

### **• Objets déposés :**

Les choses mobilières dont la nature justifie la détention durant le séjour peuvent être déposées au coffre de la régie :

du lundi au vendredi **de 9h00 à 17h00 (le jeudi 9h00 à 12h00)**

### **• Objets conservés :**

Les objets que le patient décide de conserver par de vers lui ne peuvent engager la responsabilité de l'établissement que si :

- Il ne s'agit pas de sommes d'argent, de titres ou valeurs mobilières, de moyens de règlements ou d'objets de valeur, (qui doivent être déposés au coffre).
- Les formalités de dépôt prévues à l'article 4 du décret du 27 mars 1993 ont été accomplies.
- Le Directeur de l'établissement ou une personne habilitée a donné son accord à la conservation du ou des objets.

L'établissement n'est pas tenu responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose.

Il en est de même lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Le retrait des objets déposés s'effectue sur justification d'identité et contre présentation du reçu et signature d'une décharge.

**Cas particulier :** Personnes hors d'état de manifester sa volonté ou nécessitant des soins urgents

Les formalités de dépôt sont effectuées par le personnel de l'établissement.

Dès que son état le permet, la personne obtient le reçu contenant l'inventaire des objets déposés et procède, le cas échéant, au retrait des objets qui ne peuvent rester en dépôt en raison de leur nature.

Un nouvel inventaire contradictoire est dressé.

Lors de sa sortie, le patient est invité à procéder au retrait des objets déposés. Les objets non réclamés ou abandonnés sont transmis à la Trésorerie Principale.

### **Article 26 : Régime d'hospitalisation**

L'hospitalisation connaît deux régimes : le régime commun et le régime de l'activité libérale. Lorsque l'état d'un malade hospitalisé en régime commun requiert son isolement en chambre à un lit, et si le service d'hospitalisation en est pourvu, il y est admis dans les meilleurs délais.

### **Admissions : Dispositions particulières**

#### **Articles 27 : Information sur le coût d'un dispositif médical**

Le patient dispose d'une information écrite présentant le prix de chaque élément du dispositif médical proposé et le prix des prestations associées. Le patient est informé des conditions de remboursement des régimes obligatoires de l'assurance maladie.

#### **Article 28 : Prise en charge des frais d'hospitalisation**

Les bénéficiaires des différents régimes de Sécurité Sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous 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.

Les bénéficiaires de l'aide médicale doivent être munis de tous documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation dans les conditions prévues par le règlement départemental de l'aide médicale.

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code 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 malades qui ne bénéficient pas des régimes de protection ci-dessus énumérés doivent verser à la caisse de l'établissement, au moment de leur admission, une somme correspondant à dix jours d'hospitalisation au tarif du service qui les accueille, somme qui viendra en déduction sur le titre de recettes correspondant à leur séjour.

#### **Article 29 : Femmes enceintes - Admission**

Le Directeur ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission d'une femme enceinte ou récemment accouchée dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement et dans le mois qui suit l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

#### **Article 30 : Femmes enceintes - Secret de l'hospitalisation**

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, dans les conditions prévues par l'article 42 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise ; cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans une maison maternelle du département ou dans celles avec lesquelles le département a passé convention.

Le Directeur doit alors informer de cette admission le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales.



Lors de son admission dans l'établissement pour un accouchement sous X, la femme est informée sur : les conséquences de l'abandon de l'enfant, l'importance des informations sur son histoire et son origine. Elle peut laisser des informations sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant, les circonstances de la naissance. Elle peut également laisser son identité sous pli fermé.

Après l'accouchement, elle dispose d'un délai de deux mois pour revenir sur sa décision. A l'issue de ce délai, l'enfant est adoptable.

### **Article 31 : Militaires - Admission hors les cas d'urgence**

Les militaires, y compris les mineurs non émancipés, sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par le décret no 74.431 du 14 mai 1974.

### **Article 32 : Militaires- Admission en urgence**

Si le Directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission au chef de corps ou à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de la personne hospitalisée le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées ou le centre hospitalier mixte le plus proche.

### **Article 33 : Détenus - Admissions**

Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du Ministre de la justice et à la diligence du Préfet, admis dans une chambre où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

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

### **Article 34 : Détenus - Régime d'hospitalisation**

Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Cependant, sur décision expresse du Ministre de la justice, prise en application de l'article D.382 du Code de procédure pénale, ils peuvent être traités, à leurs frais, dans le cadre du régime privé, si la surveillance prévue à l'article ci-dessus ne gêne pas les autres malades.

### **Article 35 : Détenus - Incident en cours d'hospitalisation**

Tout incident grave est signalé aux Autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D.280 du Code de procédure pénale.

### **Article 36 : Détenus - Mesures de surveillance et de garde**

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

### **Article 37 : Mineurs - Admission**

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande des père et mère, du tuteur légal ou de l'autorité judiciaire ou de l'Aide Sociale à l'Enfance. Dès cette admission, les personnes ayant l'autorité parentale devront faire connaître à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

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 d'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant 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 ses père, mère ou tuteur. Toutefois, lorsque ceux-ci ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

### **Article 38: Mineurs- Autorisation d'opérer- Refus de soins**

L'admission du mineur, régulièrement autorisé, implique l'acceptation d'un programme thérapeutique élaboré par le médecin du service.

Toutefois, en cas d'intervention chirurgicale, l'autorisation écrite des parents ou du détenteur de l'autorité parentale est exigée. Si les parents ou tuteur sont défaillants, par leur refus ou par l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de signer l'autorisation d'opérer, le Directeur ou son représentant peut saisir le ministère public afin de provoquer une mesure d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent.

Dans un cas d'extrême urgence constatée par au moins deux médecins, le Directeur de permanence saisit le Procureur de la République ou le Juge des enfants, dont l'accord téléphonique permet d'effectuer l'intervention. Une confirmation écrite de cet accord est demandée au Magistrat.

### **Article 39 : Mineurs relevant d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance**

Lorsque le malade 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 Directeur de l'enfance et de la Famille (service médical de l'aide à l'enfance) le certificat confidentiel du médecin responsable de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

### **Article 40 : Mineurs - Objets de valeur**

Les bijoux, objets de valeur, doivent être déposés à la régie du Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire. Un inventaire des objets et valeurs déposés en régie, ainsi que des objets conservés auprès du malade sera alors dressé.

### **Article 41 : Mineurs - Accompagnants**

Le Directeur, après avis du médecin chef de service, peut autoriser le père ou la mère de famille à rester une partie de la journée et, au besoin, à passer la nuit auprès de son enfant, dans la mesure où les conditions de l'hospitalisation le permettent

### **Article 42 : Incapables majeurs - Gestion de biens**

es biens des incapables majeurs, hospitalisés dans l'établissement, sont administrés dans les conditions prévues par les articles 491.4, 500 du Code Civil et par les décrets n° 69.195 et 69.196 du 15 février 1969.

### **Article 43 : Etrangers - Admission**

Les étrangers sont admis dans l'établissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

Les étrangers ressortissants d'un Etat membre de l'Union Européenne, sur présentation des pièces justificatives de leur état d'assurés, bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

Le malade étranger non assuré social ou qui ne peut apporter la preuve de son assurance maladie est tenu de verser, au moment de son admission, un acompte de 10 jours d'hospitalisation au tarif du service qui l'accueille.

### **Article 44 : Malades vénériens - Admission d'office**

Les personnes atteintes ou suspectes de maladies vénériennes hospitalisées d'office dans les conditions prévues par les articles L.275, L.278, L.280 et L.306 du Code de la santé publique bénéficient de plein droit de l'aide médicale totale.

### **Article 45 : Malades toxicomanes - Secret de l'hospitalisation et admission**

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement hospitalier afin d'y être traités 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.

### **Article 46 : Malades toxicomanes – Cure de désintoxication**

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 les articles L.355.15 à L.355.20, L.628.1 à L.628.5 du Code de la santé publique et par le décret n° 71.690 du 19 août 1971 .

### **Article 47 : Conditions de levée de l'anonymat**

Possibilité de lever l'anonymat avec le consentement du consultant dans le cadre de consultations de dépistage anonyme et gratuit et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

Lors d'un dépistage anonyme, le patient reçoit une notice d'information présentant le principe de l'anonymat, les modalités de recueil du consentement pour la levée de l'anonymat, les modalités de retrait du consentement et les conséquences du consentement ou de son retrait sur la conservation des informations qui le concernent.

### **Secours d'urgence**

#### **Article 48 : Plan d'accueil**

Un plan d'accueil prévoyant l'afflux de malades ou blessés à l'hôpital, établi conjointement par le Directeur et le chef de service des urgences, est annexé au présent règlement intérieur.

Il prévoit :

- l'accueil normal d'un ou plusieurs malades ou blessés ne nécessitant pas de mesures extraordinaires.
- l'accueil d'un nombre élevé de malades ou blessés, pour lesquels des mesures particulières doivent être prises, quel que soit le plan déclenché.
- l'accueil d'un nombre élevé de malades ou blessés tels que ceux-ci ne peuvent pas recevoir dans l'établissement des soins complets et qu'ils doivent être évacués vers d'autres établissements aptes à les accueillir.

### **Conditions de séjours**

#### **Article 49 : Libre choix du praticien**

Le patient a libre choix de son praticien en dehors des cas d'urgence et de contraintes liées à l'organisation du service. Le patient ne peut refuser d'être soigné par un praticien pour des motifs discriminatoires.

#### **Article 50 : Accueil des malades**

L'accueil des malades et des accompagnants doit être assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission.

#### **Article 51 : Livret d'accueil**

Dès son arrivée dans l'établissement, chaque hospitalisé reçoit un livret d'accueil et brochure contenant toutes les

informations qui devraient faciliter son séjour, notamment :

- Charte du malade,
- Carnet- douleur dès sa réalisation et diffusion par le Ministère de la Santé (circulaire DGS/DH 98/586 relative à la mise en place du plan triennal de lutte contre la douleur dans les établissements publics de santé),
- Liste des services de l'hôpital,
- Informations sur le service infirmier,
- Liste des formalités d'admission et de sortie,
- Modalités de prise en charge et de paiement des frais d'hospitalisation,
- Indications sur les conditions de séjour (horaires des repas, des visites, location de téléviseurs, etc.),
- Indications relatives au service social,
- Rappel de certains droits et obligations du malade,
- Questionnaire de sortie.

### **Article 52 : Informations du malade sur les soins et sur son état de santé**

Les hospitalisés doivent être informés par tous les moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Pour tous les actes médicaux et chirurgicaux importants, le malade doit avoir été informé préalablement des risques et des conséquences que ces actes pourraient entraîner.

Les médecins doivent donner aux malades, dans les conditions fixées par le code de déontologie, les informations sur leur état qui leur sont accessibles ; dans toute la mesure du possible, les traitements et soins proposés aux malades doivent faire l'objet d'une information de la part du médecin.

### **Article 53 : Transmission des informations aux professionnels de santé chargés d'assurer la continuité des soins**

L'hôpital recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé qui donneront les informations nécessaires à sa prise en charge pendant son hospitalisation et à qui seront transmises les informations utiles pour assurer la continuité des soins à sa sortie.

### **Article 54 : Refus de soins**

Lorsque les malades n'acceptent pas le traitement, l'intervention ou les soins qui leur sont proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est constatée par le Directeur, après signature de la personne hospitalisée d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé et signé par deux témoins, agents de l'établissement.

### **Article 55 : Information des familles**

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 malades et de leurs familles.

### **Article 56 : Désignation d'une personne de confiance**

Le patient peut désigner une personne pour l'accompagner dans ses démarches. Elle sera consultée au cas où le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté. La désignation est faite par écrit et est révocable à tout moment.

### **Article 57 : Discretion demandée par le malade**

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés 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 - tels 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 malade peuvent être fournis par les surveillants et surveillantes aux membres proches de la famille, sauf si le malade s'y oppose.

Le patient doit signaler au bureau des admissions ou au service d'hospitalisation le souhait du secret de son admission.

#### **Article 58 : Exercice du culte**

Les hospitalisés doivent être mis en mesure de 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 infirmiers.

L'exercice du culte n'influe pas la prise en charge du patient qui est traité de façon neutre par le personnel hospitalier.

#### **Article 59 : Principe de non discrimination**

Tous les patients sont pris en charge de façon neutre par les agents publics quels que soient leur sexe, origine ou religion.

#### **Article 60 : Modalités d'exercice du droit de visite**

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui, outre les consultants externes, se rendent au chevet d'une personne hospitalisée aux heures de visite.

Le Directeur ou son représentant doit donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou proches des malades ou des personnels.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service sans l'autorisation préalable du Directeur ou de son représentant qui sollicite, si besoin est, l'avis du chef de service concerné.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et du chef de service et après autorisation du Directeur ou de son représentant.

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

Les associations et organismes qui envoient auprès des malades des visiteurs bénévoles doivent, préalablement, obtenir l'agrément de l'administration. Leurs représentants doivent porter un badge distinctif.

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte du Centre Hospitalier, sauf les chiens d'aveugles, qui peuvent accompagner leurs maîtres, lorsque celui-ci vient pour des soins, jusque dans les halls d'accueil.

Les malades peuvent demander au cadre soignant de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

#### **Article 61 : Comportement des visiteurs**

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement des services. Le nombre de visiteurs pour chaque malade est limité à deux personnes.

Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le Directeur ou son représentant après avis du responsable de l'unité de soins.

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

Le cadre soignant de l'unité d'hospitalisation doit s'opposer dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit audit malade.

En cas de méconnaissance de ces prescriptions, les denrées et boissons introduites en fraude peuvent être détruites à la vue du malade ou de sa famille.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Il leur est interdit de fumer dans l'ensemble des unités d'hospitalisation. Ils ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores.

Les visiteurs doivent se retirer des chambres de malades ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les malades.

Le droit aux visites existe d'une manière générale, sauf exceptions :

- Légales, pour les malades sous surveillance de la police,
- Cliniques, pour les malades hospitalisés dans des unités de soins spécialisées où les visites sont interdites ou limitées en nombre ou en durée par le responsable médical ou le Directeur.

**Les visiteurs portant atteinte à la tranquillité des patients et à l'organisation du service peuvent faire l'objet d'une limitation ou d'une interdiction de visite de la part du Directeur.**

#### **Article 62 : Horaires des visites**

Les visites aux hospitalisés ont lieu de **13h30 à 20h00**.

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

Lorsque l'état du malade le justifie ou lorsque la personne hospitalisée est un enfant de moins de quinze ans, la présence d'un accompagnant peut être autorisée hors des heures de visite.

L'attention de l'accompagnant est appelée sur le fait qu'il ne doit, en aucun cas, contrarier l'action médicale ou troubler le repos des autres malades.

Le médecin responsable peut limiter ou supprimer les visites en fonction de l'état de la personne hospitalisée.

Les enfants de moins de quatorze ans ne sont pas admis auprès de la personne hospitalisée, sauf autorisation particulière.

Pour des raisons d'hygiène, il est interdit d'apporter des fleurs ou des plantes en pot.

#### **Article 63 : Comportements des hospitalisés - Désordres**

Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur 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 objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article.

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

#### **Article 64 : Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital**

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans autorisation d'un membre du personnel soignant ; Ils doivent être revêtus d'une tenue décente. A partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

#### **Article 65 : Interdiction de dissimuler son visage**

Du fait de l'interdiction de dissimulation du visage dans l'espace public, le personnel hospitalier est en droit d'exiger tant pour les patients que pour les visiteurs qu'ils se découvrent. En cas de refus, l'accès à l'établissement peut leur être refusé.

#### **Article 66 : Interdiction des gratifications et des dépôts**

Il est interdit aux malades de donner une quelconque gratification en espèces ou en nature aux agents du personnel. De même, ils ne doivent pas leur confier d'objets personnels et/ou de valeur.

Le personnel, quant à lui, ne doit accepter ni gratification, ni dépôt, **même temporaires**.

#### **Article 67 : Hygiène à l'hôpital**

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

#### **Article 68 : Horaires de repas**

- Le petit déjeuner est servi entre 7 h 00 et 8 h 30,
- Le déjeuner est servi entre 12 h 00 et 13 h 00,
- Le dîner est servi entre 18 h 00 et 19 h 00,
- Le goûter est servi à 15 h 30 en Pédiatrie.

#### **Article 69 : Repas aux accompagnants**

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux hospitalisés qui en manifesteront le désir. La demande est faite auprès de la surveillante du service. Ces repas sont facturés au tarif visiteur.

Il est permis, à titre exceptionnel et sous réserve d'autorisation, qu'un proche puisse passer la nuit auprès d'un malade. Dans ce cas, l'hôpital mettra un fauteuil à sa disposition. Un petit déjeuner peut être servi à titre payant.

#### **Article 70 : Les menus**

Les menus sont à la carte et sont arrêtés chaque semaine par le chef de cuisine et la diététicienne, et communiqués à chaque service.

La personne hospitalisée dont le régime alimentaire est le régime normal, a la possibilité de choisir entre plusieurs mets.

Les repas de régime ne sont servis que sur prescription du médecin. La personne hospitalisée conserve un choix de mets dans son régime.

#### **Article 71 : Jouets personnels**

Les jouets appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés ne doivent leur être remis qu'avec l'accord de la surveillante.

#### **Article 72 : Effets personnels**

Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, la personne hospitalisée pourra, si elle le souhaite, conserver ses vêtements et son linge personnels à charge pour lui d'en assurer l'entretien.

### **Article 73 : Service social**

Le service social est à la disposition des hospitalisés et de leur famille. Son bureau est ouvert du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00. En outre, il est possible pour un malade de demander la visite d'une assistante sociale par l'intermédiaire de la surveillante ou de la secrétaire du service.

### **Article 74 : Service courrier**

Le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toutes les opérations postales. Il procède notamment à la levée du courrier dans les services deux fois par jour le matin et l'après-midi.

### **Article 75 : Téléphone**

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone (ou les cabines téléphoniques) ; ils sont tenus d'acquitter les frais correspondants. S'ils ne disposent pas d'un appareil dans leur chambre, ils peuvent recevoir les communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement de service.

L'usage des téléphones portables est interdit dans les bâtiments hospitaliers.

### **Article 76 : Télévision et radio**

Les appareils de télévision personnels ne sont pas autorisés dans l'établissement.

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

Au-delà de 22h00, l'usage de la télévision et de la radio est interdit, sauf dans les chambres particulières.

### **Article 77 : Interdiction de fumer**

L'hôpital est un lieu public non fumeur : toute infraction est passible d'une amende.

## **Sorties**

### **Article 78 : Autorisation de sortie - Permissions**

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, soit d'une durée maximum de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin responsable, par le Directeur. Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

### **Article 79 : Formalités de sortie**

Lorsque l'état de santé de la personne hospitalisée ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le Directeur sur proposition du médecin responsable.

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

Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat de la personne hospitalisée dans un établissement de moyen ou long séjour adapté à son cas.

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

Le médecin traitant doit être informé le plus tôt possible après la sortie de la personne hospitalisée des



prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre ; Il doit recevoir toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.

Tout malade sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

#### **Article 80 : Sortie contre avis médical**

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Si le médecin responsable estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé, signé par deux témoins, membres du personnel.

#### **Article 81 : Sortie disciplinaire**

La sortie des malades peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par mesure disciplinaire.

#### **Article 82 : Sortie après refus de soins**

Lorsque les malades n'acceptent aucun des traitements, interventions ou soins proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par le Directeur ou son représentant, après signature par la personne hospitalisée d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé.

#### **Article 83 : Sortie clandestine des malades (fugue)**

**Malade majeur** : Si les recherches dans l'établissement restent vaines et si le médecin estime que l'état du malade permet sans danger cette sortie, ce dernier est déclaré sortant. Si le médecin estime que cette sortie clandestine met en danger l'intégrité physique du malade ou compromet son état de santé ou peut être facteur de danger pour autrui, des recherches sont diligentées auprès de la famille, et si nécessaire, par la police.

**Malade mineur** : la famille est immédiatement prévenue. A défaut, la police est alertée en vue d'effectuer les recherches nécessaires. Si le malade ne regagne pas le service, un rapport sera adressé, dans les **24 heures**, au Directeur ou à son représentant.

#### **Article 84 : Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation**

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'à leur père, mère, tuteur ou garde et aux tierces personnes expressément autorisées par ceux-ci.

Le mineur n'a pas la capacité de signer une attestation s'il veut quitter l'établissement contre avis médical.

Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant. Elle signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant par cette sortie ; si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Si cette demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le Directeur ou son représentant saisit le Ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la prochaine sortie du mineur.

### **Article 85 : Sortie des nouveau-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.

### **Article 86 : Aggravation de l'état de santé**

Lorsque l'état de la personne hospitalisée s'est aggravé et que sa mort devient certaine, il peut être transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir.

Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants ; ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent. En tout état de cause, cette faveur peut être retirée à tout moment si elle était source de difficulté de fonctionnement et venait à troubler la quiétude des autres patients.

### **Article 87: Transport en ambulance**

L'administration de l'établissement tient à la disposition des hospitalisés qui quittent l'établissement, la liste complète des ambulances agréées du département. Les frais occasionnés sont à la charge des malades.

### **Article 88 : Questionnaire de sortie**

Tout hospitalisé reçoit, lors de son admission, un livret d'accueil. Le livret comporte également un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire.

### **Article 89 : Horaires de sortie**

La sortie des hospitalisés a lieu tous les jours de **9h00 à 14h00**.

### **Article 90 : Hospitalisation à domicile**

Le Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire a passé une convention avec l'Assistance Publique de Paris pour assurer l'hospitalisation à domicile des malades susceptibles de bénéficier de ce système de soins.

### **Article 91 : Relations avec les usagers**

Une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) est constituée.

#### **Attributions**

La CRUQ joue un rôle de conciliation auprès des usagers et veille au respect de leurs droits. Elle facilite leurs démarches pour les litiges ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel. Elle informe toute personne sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Elle contribue à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des patients en émettant des avis et propositions. Les plaintes et réclamations adressées à l'hôpital font l'objet d'une présentation synthétique à chaque réunion de la CRUQ. Les membres de la CRUQ peuvent en demander communication. La CRUQ analyse les plaintes et réclamations dans un bilan annuel pour identifier les dysfonctionnements et proposer des axes de travail pour améliorer la qualité de la prise en charge.

Le bilan annuel est présenté et analysé dans un rapport présenté au conseil de surveillance et à l'ARS.

#### **Composition**

- La présidence est assurée par le chef d'établissement,

- Deux médiateurs et leurs suppléants sont désignés par le chef d'établissement,
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé, à défaut de candidat de représentants des usagers siégeant au Conseil de surveillance,
- le président de la CME ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins de la CME,
- un représentant de la CSIRMT et son suppléant,
- un représentant du conseil de surveillance et son suppléant, dans le cas où le représentant des usagers n'est pas membre du Conseil de surveillance,
- un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du CTE.
- le Directeur de la qualité et de la gestion des risques,
- l'agent chargé de la gestion des plaintes et des réclamations,
- le référent qualité et gestion des risques,
- l'ingénieur qualité et gestion des risques.

### **Fonctionnement**

- Le Président ne prend pas part aux votes,
- La responsable de la Politique Qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative.
- La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.
- Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant,
- La Commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre,
- L'ordre du jour est arrêté par le président,
- La commission établit un règlement intérieur.

### **La CRUQ est destinataire de toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions notamment :**

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité, ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement
- Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents, le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers.
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L 1112-1 du code de la Santé Publique ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L.L1112-2 du code de la Santé Publique, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie.

Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades

### **Article 92 : Conservation du dossier médical**

La garde du dossier médical est assurée par l'administration hospitalière qui le conserve et le communique dans les conditions ci-après. Il est conservé pendant une durée minimum de vingt années. Cette conservation est effectuée dans le service central d'archives médicales de l'établissement, exceptionnellement dans l'unité de soins et dans ce cas sous la responsabilité du médecin chef de service (décret du 17 avril 1943 et Arrêté du 11 mars 1968).

Le Directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés.

En cas d'encombrement des moyens de stockage de l'établissement, toute mesure utile est prise par le Directeur

pour faire stocker hors de l'établissement les dossiers.

### **Article 93 : Contenu du dossier médical**

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les documents suivants :

Les documents établis au moment de l'admission et durant le séjour, à savoir :

- La fiche d'identification du malade.
- Le document médical indiquant le ou les motifs d'hospitalisation.
- Les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du malade.
- Les comptes rendus des explorations para-cliniques et des examens complémentaires significatifs, notamment le résultat des examens d'anatomie et cytologie pathologiques.
- La fiche de consultation pré-anesthésique, avec ses conclusions et les résultats des examens demandés, et la feuille de surveillance anesthésique.
- Le ou les comptes rendus opératoires ou d'accouchement.
- Les prescriptions d'ordre thérapeutique.
- Lorsqu'il existe, le dossier de soins infirmiers.
- La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R 666-12-24 du C.S.P. (article 2 du décret 94-68 du 24 janvier 1994).

Les documents établis à la fin de chaque séjour hospitalier, à savoir :

- Le compte rendu d'hospitalisation, avec notamment le diagnostic de sortie,
- Les prescriptions établies à la sortie du patient,
- Le cas échéant, la fiche de synthèse contenue dans le dossier de soins infirmiers.

### **Article 94 : Communication du dossier médical**

Le dossier médical d'un malade ne peut lui être remis directement, ni à ses proches. La communication du dossier médical intervient sur la demande de la personne qui est ou a été hospitalisée ou de son représentant légal, par l'intermédiaire d'un praticien désigné à cet effet.

En cas de décès du malade hospitalisé, ses proches peuvent désigner un médecin en vue de consulter le dossier médical, sauf si le défunt avait, au préalable, exprimé une volonté contraire.

Avant toute communication, l'établissement de santé doit s'assurer de l'identité du demandeur et s'informer de la qualité du praticien désigné.

Le praticien désigné prend connaissance du dossier, à son choix :

- Soit par consultation sur place,
- Soit par l'envoi par l'établissement de la reproduction des documents, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût réel des charges de fonctionnement.

Les établissements de santé ne sont pas tenus de satisfaire les demandes de communication manifestement abusives par leur nombre ou leur caractère systématique.

Le dossier médical peut être communiqué, dans le respect des règles de déontologie médicale, à tout membre du corps médical du Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire.

Les médecins membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'Assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations, lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions (article 50-1 de l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996).

### **Article 95 : Information au praticien désigné par le patient (article R710-2-8 du C.S.P.)**

- **A l'admission du malade :**

Le praticien désigné est informé de la date, de l'heure de l'admission et du service concerné. Il est invité en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

- **Encours d'hospitalisation :**

Le chef de service communique au praticien désigné dans les mêmes conditions que ci-dessus et qui en a fait une demande écrite, toutes informations significatives relatives à l'état du malade.

- **A la sortie du malade :**

Sont adressés dans un délai de 8 jours au praticien que le patient ou que son représentant légal a désigné:

- Le compte-rendu d'hospitalisation avec notamment le diagnostic de sortie,
- Les prescriptions,
- Le cas échéant, la fiche de synthèse contenue dans le dossier de soins infirmiers.

### **Article 96 : Consultation du dossier médical des « consultants externes »**

Les médecins responsables de consultations externes doivent, sous réserve de l'accord du malade, Informer le médecin (ou la sage-femme) désigné(e) à cet effet des jours et heures auxquels il lui sera possible de prendre connaissance du dossier de l'intéressé.

### **Article 97 : Communication des résultats d'examens anatomo et cytopathologiques des malades hospitalisés et des consultants externes**

Les prélèvements sont effectués par les unités de soins, les blocs opératoires ou les consultations et les résultats sont toujours adressés directement aux médecins prescripteurs et jamais aux malades, conformément aux directives propres à ces disciplines.

### **Article 98 : Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale**

Le médecin traitant peut assister aux interventions chirurgicales que le malade aurait éventuellement à subir au cours de son hospitalisation, avec l'accord du malade et du chirurgien ou du chef de service.

### **Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés :**

#### **Article 99 : Constat du décès**

Les décès sont constatés par un médecin ou un interne thésé, conformément aux dispositions du Code Civil. Un médecin établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des entrées.

Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial. Copie en est transmise dans les vingt quatre heures au bureau d'État Civil de l'Hôtel de Ville de Montreuil.

#### **Article 100 : 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 malade 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 de l'enfance et

de la Famille (D.E.F.),

- 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 gardienne du mineur.

#### **Article 101 : Déclaration « d'enfant sans vie »**

La « déclaration d'enfant sans vie » est établie conformément aux dispositions du décret du 4 juillet 1806 lorsqu'un enfant est sans vie au moment de l'accouchement. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement.

#### **Article 102 : Indices de mort violente ou suspecte**

Dans le cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur prévenu par le médecin responsable avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code Civil.

#### **Article 103 : Inventaire**

Lorsque le décès a été médicalement constaté, l'infirmier(e) de service dresse avec la surveillante, l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc..... qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence d'un témoin. Il est inscrit sur le registre spécial, paginé, tenu dans chaque service.

L'inventaire mentionné à l'alinéa précédent est signé par le cadre soignant ou l'infirmier(e) et le témoin, puis remis avec les objets qui y figurent au régisseur.

Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit du patient décédé ou à ses amis. Les biens personnels usuels sont restitués par le régisseur.

Les clés, les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement (Trésor Public) qui les restitue aux ayants droit, du lundi au vendredi de 9h00 à 16h30.

La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et de tous objets laissés par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le Code Civil.

#### **Article 104 : Chambre mortuaire**

Une chambre mortuaire est ouverte en janvier 1999 à l'hôpital conformément au décret n°97-1039 du 14 novembre 1997 et à l'arrêté ministériel du 24 août 1998.

Le transport des corps ne peut être effectué que sur production d'un certificat médical signé par le chef de service ou son remplaçant, constatant que le défunt n'était pas atteint d'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par Arrêté du Ministre de la santé, après avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France.

Les corps des personnes décédées à la suite d'une de ces maladies contagieuses subissent des mesures spécifiques définies par les règlements sanitaires.

Lorsque le décès soulève un problème médico-légal, le service dans lequel le décès a eu lieu en tient informé l'agent d'amphithéâtre. Celui-ci tient le corps à la disposition des forces de police.

Dans la mesure du possible, le corps d'une personne décédée dont la famille demande le transport à domicile avant mise en bière ne transite pas par la chambre mortuaire.

#### **Article 105 : Mesures de police sanitaire**

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers 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.

### **Article 106 : Inhumation**

Les familles ont l'entière liberté du choix de l'entreprise de pompes funèbres qui sera chargée des obsèques.

Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques des différentes catégories d'hospitalisés sont pris en charge soit par les services d'aide sociale, soit par les organismes de sécurité sociale, soit par la Commune ou l'État, soit par l'établissement ou la succession, sont déterminées par les lois et règlements en vigueur et notamment par l'article L.362.3 du Code des Communes.

### **Article 107 : Prélèvements d'organes**

Le Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire a été porté, par Arrêté Ministériel, sur la liste des établissements autorisés à pratiquer les prélèvements d'organes.

Ces prélèvements peuvent être effectués dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître de son vivant, son refus de tels prélèvements. Ce refus peut être exprimé par l'indication de sa volonté sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Le refus est révocable à tout moment (décret 97-704 du 30 mai 1997). Le refus ne peut faire obstacle aux expertises, constatations et examens techniques ou scientifiques éventuellement diligentés dans le cadre d'une enquête judiciaire ou mesure d'instruction.

Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir le témoignage de sa famille.

Si la personne décédée était un mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le prélèvement en vue d'un don 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. (Loi 94.654 du 29 juillet 1994)

Aucun prélèvement d'organes ne peut être opéré sur une personne décédée de plus de 13 ans sans interrogation obligatoire et préalable du registre sur l'existence éventuelle d'un refus de prélèvement formulé par la personne décédée.

La demande d'interrogation du registre fait l'objet d'un document écrit, daté et signé par le Directeur de l'établissement de santé dans lequel le prélèvement est envisagé. La réponse à la demande d'interrogation du registre est faite par un document écrit, daté et signé par un responsable de l'Etablissement français des greffes. Ces documents sont archivés dans le dossier médical et au bureau des entrées.

Les médecins qui procèdent à un prélèvement à des fins thérapeutiques ou scientifiques établissent un compte-rendu détaillé de leur intervention et de leurs constatations sur l'état du corps et des organes prélevés (décret du 31 mars 1978).

Si les circonstances ayant entouré la mort sont telles que, dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le corps est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, le médecin qui a connaissance de ces circonstances doit s'abstenir de tout prélèvement qui rende aléatoire la preuve des causes du décès (décret du 31 mars 1978).

En cas de prélèvement de reins, les frais de transports consécutifs aux prélèvements sont remboursés aux familles si elles en ont assumé la charge.

Le remboursement des frais occasionnés par les prélèvements d'organes humains destinés à la greffe est intégralement à la charge de l'établissement greffeur, dans le cas de prélèvements opérés sur des personnes en état de mort cérébrale (Arrêté du 18 juin 1987).

### **Article 108 : Transport de corps à résidence sans mise en bière (Code des Communes)**

Le transport, sans mise en bière, du corps d'une personne décédée dans un établissement, dudit établissement à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille, doit être autorisé par le Maire de la commune où est situé l'établissement.

L'autorisation est subordonnée :

- A la demande de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile,
- A la reconnaissance préalable du corps par ladite personne,
- A l'accord écrit du Directeur de l'établissement d'hospitalisation,
- A l'accord écrit du médecin hospitalier responsable du malade,
- A l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code Civil relatives aux déclarations de décès.

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 dont la liste est fixée par arrêté du Ministre de la santé, après avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France.
- L'état du corps ne permet pas un tel transport.

Si le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il doit en avertir sans délai, par écrit, le Directeur de l'établissement et la famille.

Si la commune du lieu du décès n'est pas celle où le corps doit être transporté, avis de l'autorisation de transport est adressé sans délai au Maire de cette dernière et à Paris au Préfet de police.

Le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai maximum de 18 heures à compter du décès, si le corps n'a pas subi des soins de conservation. au cas où le corps a subi de tels soins, le transport doit être effectué et terminé dans un délai de 36 heures à compter du décès.

#### **Article 109 : Transport de corps après mise en bière**

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.

Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise de pompes funèbres.

#### **Loi n°78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés**

Le Centre Hospitalier intercommunal André Grégoire recourt au traitement automatisé des Informations nominatives dans le cadre de la loi no 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

#### **Article 110 : L'informatique au service du patient**

L'informatique doit être au service de chaque citoyen. Son développement doit s'opérer dans le cadre de la coopération internationale. Elle ne doit porter atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques (article 1 de la loi).

#### **Article 111 : Précautions liées à l'usage de l'informatique**

Toute personne ordonnant ou effectuant un traitement d'informations nominatives s'engage de ce fait, vis-à-vis des personnes concernées, à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations et notamment d'empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés (article 29 de la loi).

#### **Article 112 : Droit d'accès aux informations**

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'interroger les services ou organismes chargés de mettre



en œuvre les traitements automatisés dont la liste est accessible au public en vue de savoir si ces traitements portent sur des informations nominatives la concernant et, le cas échéant, d'en obtenir communication (article 34 de la loi).

### **Article 113 : Droit d'accès à l'information médicale**

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des informations à caractère médical, celles-ci ne peuvent être communiquées à l'intéressé que par l'intermédiaire d'un médecin (article 40 de la loi).

### **Les droits des patients :**

### **Article 114 : Droit à l'information**

Les recueils et traitement automatisés de données médicales s'effectuent dans la plus grande transparence. Tous les patients ont droit à une information claire et loyale sur la nature des informations qui sont recueillies à leur sujet, sur les finalités des traitements dont ces informations personnelles font l'objet et sur les destinataires des ces informations (article 27 de la loi du 6 janvier 1978), notamment pour les besoins de l'évaluation médico-économique de l'établissement (article 27 de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique).

Ils sont avertis de l'éventualité de leur utilisation à des fins de recherche dans le domaine de la santé (Loi du 1er juillet 1994 complétant la loi du 6 janvier 1978).

Pour des raisons légitimes, les patients ont le droit de s'opposer à ce que des informations nominatives les concernant fassent l'objet d'un traitement automatique (article 26 de la loi du 6 janvier 1978). Sauf admission en urgence, cette opposition doit être manifestée auprès du Directeur dès l'entrée dans l'établissement qui en informe le chef du service afin que soit appréciée la légitimité de cette opposition.

### **Article 115 : Droit d'accès**

Tous les patients ont un droit d'accès aux informations qui les concernent par l'intermédiaire d'un médecin de leur choix (articles 26 et 40 de la loi du 6 janvier 1978). La demande s'effectue auprès du responsable du service où ils ont été hospitalisés. Les demandes manifestement abusives et itératives pourront être refusées.

### **Article 116 : Droit de rectification**

Lors de l'accès à leurs informations personnelles par l'intermédiaire d'un médecin de leur choix, les patients peuvent signaler les informations inexacts ou manquantes afin que celles-ci soient corrigées ou complétées (article 36 de la loi du 6 janvier 1978).

### **Article 117 : Droit à la confidentialité**

Le patient a droit à la préservation de son intimité et à la sécurité des informations qui le concernent. Toutes précautions utiles sont prises pour « *empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées, communiquées à des tiers non autorisés* » (article 29 de la loi du 6 janvier 1978 et articles 4 et 73 du Code de déontologie médicale).

### **Article 118 : Droit à l'oubli**

Aucune information médicale personnelle n'est conservée sur support informatique au-delà des délais nécessaires à la réalisation des traitements pour lesquels elle a été recueillie (article 28 de la loi du 6 janvier 1978). Pour les données des dossiers médicaux, cette durée de conservation est celle imposée par la réglementation des archives hospitalières.

# **Dispositions relatives aux personnels non médicaux**

## **Dispositions relatives aux personnels**

### **Article 119 : Assiduité et ponctualité du personnel**

L'assiduité et la ponctualité du personnel hospitalier de l'établissement sont l'une des conditions essentielles du bon fonctionnement des services hospitaliers en particulier et du Centre Hospitalier en général.

### **Article 120 : Exécution des ordres reçus (article 99 de la loi 86.33 du 9 janvier 1986)**

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 soustraire, dans la limite de ses compétences, 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 dispositions législatives.

### **Article 121 : Droit de grève**

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le Directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum.

### **Article 122 : Information du supérieur hiérarchique de tout incident**

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique des incidents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

### **Article 123 : Conservation en bon état des locaux, des matériels et effets**

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à sa disposition par l'établissement. Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradations volontaires ou d'incurie caractérisée.

### **Article 124 : Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les malades**

Aucun employé de l'hôpital ne doit conserver par de vers lui des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des malades.

Ces dépôts doivent être versés sans délai au régisseur qui dispose d'un coffre-fort à cet effet ou, en dehors des heures d'ouverture de ce bureau, au service des Urgences équipé en matériel conséquent.

### **Article 125 : Interdiction des pourboires**

Le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire ni aucune gratification en nature de la part des malades ou des visiteurs.

### **Article 126 : Interdiction d'exercer une activité privée lucrative**

Il est interdit à tout agent d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit.

Il peut être dérogé à cette interdiction sous certaines conditions. Les agents doivent en informer la Direction des Ressources Humaines.

### **Article 127 : Identification du personnel (circulaire du 24 avril 1985)**

Une identification du personnel a été instituée sur les tenues de travail pour le personnel dans un souci de communication, d'humanisation et de meilleure sécurité pour tous.

### **Article 128 : Tenue correcte exigée**

Une tenue irréprochable dans son habillement comme dans son langage est exigée de l'ensemble du personnel. La familiarité à l'égard des malades est formellement proscrite.

### **Article 129 : Lutte contre le bruit**

Chaque membre du personnel doit contribuer à la lutte contre le bruit. Il ne doit tenir, pendant le service, en présence des malades ou des visiteurs aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité et de calme indispensables dans les locaux hospitaliers.

### **Article 130 : Interdiction de fumer**

Il est interdit de fumer à l'hôpital. Un local situé au rez-de-jardin a été mis à la disposition du personnel.

### **Article 131 : Attitude envers les malades**

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

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

### **Article 132 : Respect de la liberté de conscience et d'opinion**

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou leur famille, qui doivent, notamment, être tenus à l'écart des mouvements à caractère syndical de personnel susceptibles d'apparaître dans l'établissement. Le personnel doit respecter le principe de neutralité par sa tenue vestimentaire, son comportement et ses propos.

### **Article 133 : Accueil des familles**

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

### **Article 134 : Prévenir les familles des décisions importantes**

Les familles seront avisées en temps utile, au besoin par téléphone - lorsque ce moyen pourra être utilisé - des décisions importantes concernant le malade : changement de service, intervention chirurgicale, transfert dans un autre établissement, sortie avant que la décision soit exécutée, sauf urgence médicale.

Ces renseignements sont fournis par un membre du corps médical ou par le cadre infirmier.

### **Article 135 : Envoi rapide des avis d'aggravation**

Le personnel fera diligence pour que les avis d'aggravation et de décès parviennent aux familles par les moyens les plus rapides, notamment le téléphone lorsqu'elles ont laissé à l'hôpital un numéro à cet effet.

### **Article 136 : Secret professionnel (Code Pénal)**

L'ensemble du personnel du Centre Hospitalier est tenu au secret professionnel, son non - respect risquant d'entraîner les peines prévues à l'article 226-13 du Code Pénal.

Le secret professionnel est absolu, sauf exceptions prévues par la loi, et s'applique à tous les agents et en toutes circonstances vis-à-vis de toute personne, y compris les fonctionnaires de la police. Seule l'autorité judiciaire et les personnes mandatées par elle, peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossiers dans les conditions fixées par la loi.

#### **Article 137 : Obligation de discrétion professionnelle (article 26, alinéa 2 de la loi de 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires)**

Indépendamment des prescriptions en matière de secret professionnel, les agents sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

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

En l'absence d'opposition des malades, les indications d'ordre médical, telles que le diagnostic et l'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 malade peuvent être fournis par les cadres infirmiers (décret du 14 janvier 1974), avec la prudence nécessaire.

#### **Article 138 : Respect du libre choix des familles**

Les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées (pompes funèbres, ambulances) de leur choix.

#### **Article 139 : Interdiction des réunions publiques au Centre Hospitalier**

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

#### **Article 140 : Accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires**

Les journalistes, photographes, démarcheurs et agents d'affaires qui pénètrent sans autorisation du Directeur dans les chambres et les services dans l'intention d'y exercer leur activité doivent être immédiatement exclus.

#### **Article 141 : Effets de biens personnels**

Chaque membre du personnel (médical ou non) est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, toute perte (voire toute déprédation) d'argent, valeurs ou objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l'établissement.

#### **Article 142 : Alcool**

Il est interdit d'introduire et de consommer de l'alcool à l'hôpital sauf :

- à l'occasion des cérémonies officielles
- à l'occasion de pots dans les services sous réserve qu'ils soient exceptionnels et que des boissons non alcoolisées soient également proposées.

En tout état de cause, la consommation occasionnelle d'alcool doit rester modérée afin de ne mettre en danger ni l'agent, ni ses collègues, ni les malades.

Il est de la responsabilité de chacun et en particulier des cadres de prévenir et faire cesser une situation dangereuse.

# **Obligations communes aux personnels médicaux et non médicaux en matière de sécurité informatique**

Pour que dans l'établissement, toutes les précautions soient prises en vue d'assurer la sécurité des informations personnelles des patients, les professionnels de santé s'engagent à :

#### **Article 143 : Règles relatives aux mots de passe**

Ne pas communiquer les mots de passe personnels protégeant les accès aux informations nominatives, les changer ou les faire changer régulièrement. Ces mots de passe doivent comporter à la fois des lettres et des chiffres et éviter les facilités mnémotechniques telles que des prénoms ou des dates de naissance.

#### **Article 144 : Sauvegarde de données**

Effectuer des sauvegardes fréquentes et régulières des bases de données, vérifier leur réalisation et les stocker en lieu sûr.

#### **Article 145 : Utilisation de logiciels**

Ne pas utiliser des logiciels ou des bases de données non contrôlés en matière de virus, ni des copies illégales.

#### **Article 146 : Gestion des ordinateurs**

Ne pas connecter un ordinateur du réseau interne à l'établissement avec un réseau extérieur en dehors des procédures agréées par les responsables de l'établissement.

#### **Les risques**

#### **Article 147 : Information à caractère secret**

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 226-13 du Code Pénal)

#### **Article 148 : Traitement automatisé des informations – formalités préalables**

Le fait, y compris par négligence, de procéder ou de faire procéder à des traitements automatisés d'informations nominatives sans qu'aient été respectées les formalités préalables à leur mise en œuvre prévues par la loi est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 300 000 euros d'amende (article 226-16 du Code Pénal).

#### **Article 149 : Traitement automatisé des informations – règles à respecter**

Le fait de procéder ou de faire procéder à un traitement automatisé d'informations nominatives sans prendre les précautions utiles pour préserver la sécurité de ces informations et notamment empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 300 000 euros d'amende (article 226-17 du Code Pénal).

#### **Article 150 : collecte de données**

Le fait de collecter des données par un moyen frauduleux, déloyal ou illicite ou de procéder à un traitement d'informations nominatives concernant une personne physique malgré l'opposition de cette personne, lorsque cette opposition est fondée sur des raisons légitimes, est puni de cinq ans d'emprisonnement et 300 000 euros d'amende (article 226-18 du Code Pénal).

#### **Article 151 : droits d'auteur**

Est également un délit de contrefaçon toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit d'une œuvre de l'esprit en violation des droits de l'auteur, tels qu'ils sont définis et réglementés par la loi. Est également un délit de contrefaçon la violation de l'un des droits de l'auteur d'un logiciel définis à l'article L. 122 –

6 (article L 335- 3 du Code Civil).

**Article 152 : fichiers médicaux**

Sans préjudice des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, sont interdites la constitution et l'utilisation à des fins de prospection ou de promotion commerciales de fichiers composés à partir de données issues directement ou indirectement des prescriptions médicales ou des informations médicales mentionnées à l'article L 161-29 du Code de la sécurité sociale, dès lors que ces fichiers permettent d'identifier directement ou indirectement le professionnel prescripteur.

Les infractions au présent article sont punies d'une amende 15 000 euros et d'un emprisonnement d'un an.



# **Dispositions diverses**

## **Dispositions diverses**

### **Article 153 : Mise à disposition du règlement intérieur**

Le règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée qui peut en prendre connaissance dans les services et à la Direction.

### **Article 154 : Mise à jour du règlement intérieur**

Le règlement intérieur fera l'objet d'une mise à jour à la fin de chaque année tenant compte des différentes réformes publiées dans le Journal Officiel.

### **Article 155 : Règles de circulation dans l'hôpital**

Les dispositions du Code de la route s'appliquent sur les voies de circulation de l'établissement, et notamment les règles de stationnement.

L'équipe de sécurité de l'hôpital veille au respect de ces dispositions.

L'administration se réserve le droit de faire appel aux forces de police pour procéder à l'enlèvement d'un véhicule en stationnement interdit, ou portant atteinte à la sécurité ou au bon fonctionnement du service public hospitalier.

L'accès du parking est réservé au personnel de l'établissement et aux personnes autorisées, dans la limite des places disponibles.

Le Centre Hospitalier André Grégoire n'assure pas le gardiennage des véhicules en stationnement sur son parking.