HÔPITAL DE CANNES
SIMONE VEIL

REGLEMENT INTERIEUR

Mise à jour : Juin 2023

V3

Le règlement intérieur du centre hospitalier de Cannes Simone Veil a été arrêté par le directeur en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur et notamment le code de la santé publique et le code général de la fonction publique.

Il a été validé après concertation avec les membres du directoire le 14 octobre 2019 et avis du conseil de surveillance le 19 décembre 2019. Il a été rédigé par la direction en prenant en compte les retours des membres de la commission médicale d'établissement, des organisations syndicales et les représentants des usagers membres de la commission des usagers.

Le directeur assure l'application et l'exécution des dispositions du règlement intérieur sur l'ensemble des sites de l'établissement, régulièrement mises à jour et complétées par la publication de procédures internes et de notes d'information.

ENGAGEMENTS

Le CHC-SV est attaché à garantir un libre et égal accès à des soins de qualité dans les meilleurs délais sans condition de ressource et sans discrimination. Le CHC-SV en partenariat avec la médecine de ville et les établissements sanitaires et médico sociaux en ce sens. Le CHC-SV considère qu'aucune maladie ne doit être délaissée et qu'aucune souffrance ne doit être ignorée. Au-delà du soin, de l'enseignement et de la recherche, le CHC-SV se reconnait une responsabilité d'acteur de santé publique et de prévention. Le CHC-SV reconnait également une responsabilité sociale et sociétale et œuvre pour un développement durable de ses activités, en limitant ses impacts sur les ressources naturelles et en participant à la transition écologique.

Le CHC-SV garantit les meilleurs soins et le respect des droits des patients avec une vigilance toute particulière pour la promotion d'un consentement libre et éclairé appuyé sur l'analyse bénéfice risque. Le patient est un partenaire acteur de l'amélioration et de la qualité du service public hospitalier notamment par l'expression de ses attentes, de sa satisfaction et de ses propositions.

Ses professionnels sont attachés à la notion d'équipe. Le CHC-SV fédère ses compétences au sein de services. Tous les métiers (médicaux, paramédicaux, socio, logistiques, techniques, administratifs, etc.) permettent d'assurer la continuité des différentes activités hospitalières au service des patients du bassin de santé. Chacun est attentif aux ressources de l'établissement.

Le CHC-SV a une volonté d'attirer de nouveaux talents, d'accompagner et de former les professionnels avec une ancienneté et d'intégrer les nouveaux arrivants avec une attention particulière portée au handicap, à l'égalité professionnelle et à l'accompagnement des plus jeunes.

Le CHC-SV collabore dans un esprit de respect mutuel afin de permettre l'épanouissement de chacun au sein de l'équipe. La qualité de vie au travail participe à la qualité des soins.

Le CHC-SV est engagé dans une démarche continue d'innovation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en déclarant les évènements indésirables. Le CHC-SV les analyse en réfléchissant collectivement aux évolutions possibles de ses organisations.

Le CH-CSV reconnait le rôle essentiel des représentants des usagers et l'importance de l'action des bénévoles et volontaires.

SOMMAIRE

CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES 2

Section 1. Présentation du centre hospitalier Simone Veil 3

Section 2. Gouvernance et instances représentatives 6

Section 3. Organisation des soins 11

CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS 18

Section 1. Accueil, consultations et admissions 19

Section 2. Accueil et admission en urgence 27

Section 3. Dispositions particulières à certains patients 30

Section 4. Soins et information sur les soins 39

Section 5. Conditions de séjour 52

Section 6. Sortie des patients 60

Section 7. Frais de séjour 63

Section 8. Dispositions relatives aux naissances et décès 65

Section 9. Dispositions particulières aux résidents 72

CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS 73

Section 1. Principes fondamentaux : respect du patient 74

Section 2. Principes de bonne conduite professionnelle 77

Section 3. Droits des professionnels 86

CHAPITRE 4 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE 91

Section 1. Maintien de l'ordre public et prévention 92

Section 2. Règles de circulation et de stationnement 98

CHAPITRE 5 - DISPOSITIONS FINALES 99

Chapitre 1

DISPOSITIONS GENERALES

Section 1. Présentation du centre hospitalier Simone Veil

Art 1. Statut juridique

Le centre hospitalier de Cannes Simone Veil est un établissement public de santé régi par les dispositions du code de la santé publique. Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Son siège est situé au 15 avenue des Broussailles à Cannes. Le centre hospitalier est indifféremment dénommé « hôpital » ou « centre hospitalier » dans le présent règlement.

L'établissement est membre du Groupement Hospitalier de Territoire 06 des Alpes Maritimes (convention constitutive du GHT 06) établi autour d'un projet médical partagé pour faciliter l'accès des malades au système de soins et mutualiser certaines fonctions en vue d'une meilleure efficience des structures.

Art 2. Missions

Le centre hospitalier de Cannes assure le service public hospitalier et exerce les missions de proximité sur son territoire de santé. Il participe à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de qualité des soins et de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Il est au service de la population à laquelle il assure les soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic qui lui sont nécessaires. Il délivre dans ce cadre :

- des soins urgents en lien avec d'autres structures de soins le cas échéant ;
- des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leurs phase aiguë ;
- des soins de suite et de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale ;
- des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes âgées n'ayant plus leur autonomie de vie ;
- des soins au domicile du patient dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

Il concourt à l'enseignement et à la recherche dans le domaine de la santé. Il participe à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en libéral et avec les établissements et services médico-sociaux, le cas échéant.

Le centre hospitalier respecte les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service et de l'adaptation continue de ses moyens aux exigences de qualité de l'accueil et de sécurité des soins. Il accueille de jour comme de nuit et admet en son sein toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite, sans aucune forme de discrimination et en toutes circonstances.

Les personnels de l'hôpital dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

Le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique, notamment en situation de fin de vie, ainsi que le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du centre hospitalier.

La charte de la personne hospitalisée est affichée dans les locaux de l'hôpital de telle sorte qu'elle soit aisément connue des patients, de leurs proches et des personnels.

L'établissement assure également des missions d'accueil et de prise en charge relevant du secteur médico-social : structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), structures d'accueil et de prise en charge en addictologie et pour les enfants en situations de handicap.

Art 3. Présentation de l'établissement

L'établissement propose une offre de soins complète en médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie (enfant et adulte) organisée, à date, autour de sept pôles d'activité cliniques regroupant différents services cliniques:

- Pôle chirurgie ;
- Pôle médecine ;
- Pôle médico technique (urgences, imagerie, laboratoire, pharmacie) ;
- Pôle tête et cou et alternatives à l'hospitalisation
- Pôle santé mentale ;
- Pôle parents, femme, enfant ;
- Pôle gériatrie.

En lien étroit avec ces pôles d'activité cliniques, plusieurs directions fonctionnelles rattachées à la direction générale de l'établissement assurent les différentes missions administratives, logistiques et techniques. Les services, pôles et directions fonctionnelles rendent compte régulièrement de leur fonctionnement à la gouvernance.

Ses activités se déploient sur plusieurs sites :

- Le site principal situé sur l'avenue des Broussailles (Cannes) :
    - Centre hospitalier de Cannes Simone Veil
    - EHPAD Simone Veil et PASA (pôle d'activités et de soins adaptés)
    - CMP HdJ de pédopsychiatrie Les Violettes
    - Centre d'action médicosociale précoce (CAMSP)
    - Centre d'éducation et de planification familiale (CEPF)
    - Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (ceGIDD)
- Le site d'Isola Bella concentrant essentiellement des activités de gériatrie (USLD, EHPAD, SSR, accueil de jour). Les activités gériatriques de ce site ont vocation à rejoindre le futur centre de gérontologie sur le site principal fin 2023.
    - CMP adulte secteur 3 ;
    - Hôpital de jour secteur 3 Extime.
- Des structures extra hospitalières de prise en charge en santé mentale :
    - CMP infanto juvénile Les 4 Coins (124 avenue Michel Jourdan) avec une partie d'activité sur Les Lotus Cannes La Bocca ;
    - CMP adulte secteur 2 Marco Del Ponte (17 avenue Marco Del Ponte) ;
    - CMP – CATTP adolescents La Parenthèse (avenue de Cannes, Grasse) ;
    - CATTP enfants Cœur de Grasse (3 allée du 8 mai, Grasse);
    - Hôpital de jour secteur (2 rue des Bosquets à Cannes La Bocca).
- Un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA 7 rue Teisseire) avec une antenne centre méthadone sur le site d'Isola Bella

L'établissement participe à la formation des futurs professionnels de santé paramédicaux à travers la gestion d'un institut de formation (diplôme d'Etat infirmier, diplôme d'Etat aide-soignante, diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social).

L'établissement est membre de groupements de coopération sanitaires de moyens pour les fonctions de stérilisation, de restauration et de blanchisserie. Il est par ailleurs membre de groupements d'intérêt économique sur le secteur de l'imagerie.

Le présent règlement intérieur s'applique à l'ensemble des structures de l'établissement. Certaines de ces structures ou des unités fonctionnelles disposent par ailleurs de règlements de fonctionnement auxquels il conviendra de se référer.

Art 4. Groupement hospitalier de territoire

L'hôpital s'inscrit dans une stratégie d'alliance avec les établissements publics du territoire dans le cadre du groupement hospitalier de territoire des Alpes Maritimes. L'objectif est de faciliter l'accès des malades aux systèmes de soins à travers l'organisation de filières et mutualiser certaines fonctions en vue d'une meilleure efficience des structures.

Une organisation spécifique est mise en place par le groupement hospitalier de territoire s'appuyant :

- sur un comité stratégique, organe de débat, de dialogue, d'élaboration des orientations et d'évaluation qui porte des décisions prises selon les modalités du règlement intérieur ;
- sur un établissement support, le CHU de Nice à l'écoute des établissements du GHT, de leurs rôles, de leurs missions et de leurs contraintes;
- sur des fonctions mutualisées par délégation spécifique ;
- sur une commission médicale de groupement garante de filières conformes à l'intérêt des patients du territoire du GHT ;
- sur une commission de soins infirmiers de rééducation et médicotechniques renommée commission paramédicale de territoire ;
- sur un comité des usagers, moteur d'une participation active des patients et de leurs représentants à la définition des objectifs du GHT et de leur évolution ;
- sur un comité territorial des élus locaux leur donnant la possibilité d'exercer leurs responsabilités dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé;
- sur une conférence territoriale de dialogue social ;
- sur des groupes de travail relatifs aux filières de soins et à la qualité notamment.

Section 2. Gouvernance et instances représentatives

Art 5. Conseil de surveillance

Le centre hospitalier de Cannes dispose d'un conseil de surveillance présidé par l'un de ses membres représentant des collectivités territoriales ou de leurs groupements ou par une personnalité qualifiée.

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il se prononce par délibération ou par avis sur les matières attribuées par la loi. Il est également informé dans certains domaines déterminés.

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Le conseil de surveillance est composé de trois collèges d'effectif égal :

- de représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ;
- de représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, dont un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- de personnalités qualifiées.

Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par voie réglementaire. Le nombre des séances du conseil de surveillance et les modalités de convocation de ses membres sont fixés par son règlement intérieur. Les séances ne sont pas publiques.

Art 6. Binôme directeur – président de la CME

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Dans certaines matières définies par la loi, il exerce ses compétences après concertation avec le directoire, qu'il préside. Il participe aux séances du conseil de surveillance, et exécute ses délibérations.

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

Il dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints qui l'assistent. Les directeurs adjoints sont responsables, sous son autorité, du fonctionnement de l'institution dans un secteur fonctionnel déterminé en application de l'organigramme de direction. Les services administratifs, techniques et logistiques sont placés sous la responsabilité des directions fonctionnelles. Le

directeur peut accorder des délégations de signature dans le respect des formes juridiques requises. Il peut également se faire représenter.

Le directeur est nommé par arrêté du directeur général du centre national de gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du président du conseil de surveillance.

Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Il élabore avec le directeur le projet médical et assure le suivi et sa mise en œuvre. Il coordonne la politique médicale de l'établissement. Il est chargé conjointement avec le directeur 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.

Art 7. Directoire

Le directoire est le collège qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Conformément à son règlement intérieur, le directoire est un lieu d'échange des points de vue des gestionnaires, des médicaux et des soignants. Il se réunit au moins huit fois par an. Il est composé de trois membres de droit : le directeur (président), le président de la commission médicale d'établissement (vice-président), le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. A ces membres de droit s'ajoutent les membres nommés : le directeur nomme les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales (au moins quatre), sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement. Cette liste, comportant au moins quatre noms, est présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas de désaccord, constaté par le directeur sur les noms portés sur la liste transmise ou du fait de l'absence ou du caractère incomplet de cette dernière, le directeur peut demander une nouvelle liste sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix après avis du président de la commission médicale d'établissement. Le directeur nomme par ailleurs un membre du personnel non médical sur proposition du président de la commission des soins infirmiers et un membre de l'équipe de direction. Le président du directoire peut par ailleurs inviter des professionnels à chacune des séances selon les thématiques traitées (vice-président de la commission médicale d'établissement, chefs et cadres supérieurs de pôle, représentant des usagers, représentant des internes, expert). Il n y a pas de membre suppléant du directoire ni de quorum. La durée de mandat des membres du directoire est de 4 ans.

Le directoire a pour mission de veiller à la cohérence des projets de pôles/services avec le projet médical, et l'ensemble du projet d'établissement ainsi qu'avec le projet régional de santé et la politique sanitaire. Le président du directoire peut mettre fin aux fonctions des membres nommés, après information du conseil de surveillance. En outre, le mandat des membres du directoire nommés prend fin dans trois hypothèses : lors de la nomination d'un nouveau président du directoire, quand le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre, en cas de démission de l'intéressé.

La concertation préalable aux décisions du directeur se déroule à l'initiative de ce dernier ou sur proposition d'un membre du directoire, selon des modalités qu'il définit avec un ordre du jour prédéfini. Un procès-verbal est diffusé aux membres du directoire.

Art 8. Astreintes de direction

Pour répondre à la nécessité de la joignabilité permanente d'une autorité responsable et faire face à tout événement susceptible d'entraver le fonctionnement normal de l'établissement, le directeur organise avec les membres de son équipe de direction et, le cas échéant, d'autres collaborateurs auxquels il a donné délégation de sa signature, un service d'astreinte.

Pendant sa garde, l'administrateur de garde est investi par délégation de la compétence et de la responsabilité du directeur. Il dispose d'une délégation de signature spécifique à cette fin. Il lui appartient d'avertir ce dernier des événements qui, en raison de leur nature ou de leur gravité, sont susceptibles notamment d'engager la responsabilité du centre hospitalier ou avoir un impact sur son image et sa réputation.

Il est en lien avec l'ensemble des professionnels paramédicaux et médicaux assurant la prise en charge des urgences, la continuité et la permanence des soins.

Art 9. Commission médicale d'établissement

La commission médicale d'établissement est l'instance représentant le corps médical. La commission médicale d'établissement est composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques. Sa composition est fixée comme suit, de manière à garantir une représentation minimale et équilibrée :

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médicotechniques de l'établissement : 7 sièges ;
- Les représentants élus des responsables de services cliniques et médicotechniques : 21 sièges ;
- Les représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement : 23 sièges ;
- Les représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement : 3 sièges ;
- Les représentants élus des sages-femmes : 2 sièges ;
- Les représentants des internes (MG, spécialités, pharmacie, odontologie) : 2 à 4 sièges.

Elle élit son président. Sa composition et ses règles de fonctionnement sont fixée par voie réglementaire et précisées dans son règlement intérieur.

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. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers.

La commission médicale d'établissement constitue également une instance consultative à part entière qui est à la fois consultée et informée dans tous les domaines de la vie de l'établissement (organisation, investissements, financement). Le champ des matières sur lesquelles elle est informée ou pour lesquelles elle dispose d'une compétence consultative est défini par le code de la santé publique.

La commission médicale d'établissement met en place une commission d'organisation de la permanence des soins (COPS). La CME porte une attention particulière à la recherche et à l'innovation.

Art 10. Comité social d'établissement

Issu des élections professionnelles, et compte-tenu du nombre de professionnels employés par le CHC SV, le comité social d'établissement (CSE) et sa formation spécialisée santé sécurité et conditions de travail (F3SCT) est l'instance représentative des personnels non médicaux depuis le 1er janvier 2023.

Conformément au code général de la fonction publique, un règlement intérieur du CSE et de la F3SCT est établi par le directeur après consultation des élus à cette instance. Le règlement intérieur détaille la composition, les attributions, le fonctionnement et les moyens de l'instance plénière et de sa formation spécialisée, tels que décrits dans la réglementation et précisés le cas échéant des dispositifs locaux opérationnels.

Ce règlement intérieur est publié sur intranet.

Art 11. Autres instances représentatives

En plus du conseil de surveillance et de la commission médicale d'établissement, l'établissement est doté des instances représentatives suivantes :

- une commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques qui représente au sein de l'établissement les différentes catégories de personnels de santé participant à la mise en œuvre des soins et traitant notamment des questions liées à l'organisation des soins (cf. règlement intérieur) ;
- une commission des usagers (CDU) qui veille à faire respecter les droits des usagers et à faciliter leurs démarches. Elle est également chargée de faire des propositions à la direction de l'établissement pour améliorer l'accueil et la prise en charge des malades et de leurs proches. Elle propose et met en œuvre le projet des usagers, partie intégrante du projet d'établissement.

Pour l'accomplissement de leurs missions, ces instances définissent leur organisation interne dans leur règlement intérieur, dans le respect de la réglementation générale en termes de composition, de fonctionnement et d'attributions. Ces règlements intérieurs régulièrement mis à jour et partie intégrante du présent règlement intérieur sont portés à la connaissance des personnels par la publication sur le site intranet ou tout autre moyen approprié.

Art 12. Instances relatives à la qualité et à la sécurité des soins

Le centre hospitalier de Cannes est doté d'instances compétentes pour l'examen des questions relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Ces instances, la plupart régies par des dispositions réglementaires, sont les suivantes :

- le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- la commission chargée de la sécurité transfusionnelle et de l'hémovigilance (CSTH) ;
- le comité de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUDS) ;

- le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ;
- la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ;
- la commission des urgences et des admissions non programmées (CUANP) ;
- le comité éthique ;
- l'assemblée générale identitovigilance ;
- le comité radioprotection ;
- le comité des prélèvements d'organes et tissus / biovilance ;
- le conseil de bloc ;
- le comité situations sanitaires exceptionnelles ;
- le conseil de la vie sociale (CVs) pour EHPAD.

Conformément à la mission de la commission médicale d'établissement de contribution à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ces commissions sont constituées comme des sous-commissions de la commission médicale d'établissement. Y participent notamment des représentants médicaux qui rendent compte régulièrement des actions mises en place à la commission médicale d'établissement.

Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement, en concertation avec la commission médicale d'établissement, les modalités de coordination de ces instances, dans le respect de leurs attributions respectives. Il s'appuie sur la direction qualité et sur le médecin coordinateur de la gestion des risques. Ces instances conduisent leurs travaux en lien étroit avec la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Pour l'accomplissement de leurs missions, ces instances définissent sous l'égide de la CME leur organisation interne dans leur propre règlement intérieur, dans le respect de la réglementation générale en termes de composition, de fonctionnement et d'attributions.

Art 13. Autres commissions, groupes de travail et référents

Afin de garantir la participation des professionnels et des associations d'usagers le directeur organise la mise en œuvre de groupes de travail ou commissions permanentes dont chacune a une organisation spécifique définie par un document de cadrage (règlement intérieur, charte de fonctionnement, fiche projet, etc.).Peuvent être citées par exemple :

- le comité qualité de vie au travail ;
- la cellule risques psycho sociaux ;
- la commission vigilance et risques professionnels collectifs ;
- la commission de l'activité libérale (CAL) ;
- la commission de formation non médicale et la commission médicale;
- la commission des séjours complexes ou longs ;
- la commission du système d'information et biomédicale ;
- le comité recherche ;
- le comité développement durable ;
- la commission extramunicipale de santé ;

L'établissement s'appuie par ailleurs sur un réseau de référents sur certaines thématiques (laïcité, égalité professionnelle, handicap, etc.).

Section 3. Organisation des soins

Art 14. Organisation des services de soins

Les services sont des structures essentielles et élémentaires de l'organisation médicale. Ils sont à ce titre l'espace d'amélioration continue ainsi que d'animation et de développement de la qualité de vie au travail. Ils peuvent être constitués d'unités fonctionnelles. Le chef de service et le cadre de santé organisent la concertation interne et favorisent le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

Les services de soins accueillent les personnes soignées en hospitalisation, en consultation ou lors des examens et explorations. Les services assurent au plan médical et paramédical la prise en charge du patient, la mise au point des protocoles de soins, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, la recherche, qu'elle soit médicale ou paramédicale, et l'enseignement. La visite médicale est assurée par un praticien du pôle dans les conditions arrêtées par le responsable de la structure interne au pôle après validation de la direction.

Art 15. Structuration en pôles

L'hôpital est organisé en pôles d'activité médicaux et médicotechniques, selon une organisation définie par le directeur en concertation avec le directoire, conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Les pôles cliniques sont placés sous la responsabilité fonctionnelle d'un praticien chef de pôle, assisté d'un cadre de pôle et d'un directeur référent de pôle qui se réunissent régulièrement sous la forme d'un bureau de pôle. Les pôles d'activité sont composés, de structures internes de prise en charge des malades par les équipes médicales et paramédicales, qui sont soit des services soit des unités fonctionnelles.

Art 16. Nomination et missions du chef de pôle

Le praticien chef de pôle est nommé conformément à la charte de gouvernance, la parité hommes femmes est recherchée. Son mandat peut être prolongé en tant que de besoin par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement dans la limite maximale d'un an. Il peut aussi être démis de ses fonctions.

Le praticien chef de pôle est chargé de la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle. Il organise, en concertation avec les équipes, le fonctionnement du pôle, et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services, ou unités fonctionnelles. Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

En cas de vacance de fonctions de chef de pôle et pendant le temps nécessaire à la nomination d'un chef de pôle, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement peuvent

désigner un praticien de l'hôpital, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions.

Pour les candidatures à la chefferie de pôle, un dossier doit être complété comprenant l'engagement du praticien à respecter les attendus de la gouvernance en termes de chefferie et à se former à l'exercice des fonctions.

Art 17. Contrat et projet de pôle

Le contrat de pôle est signé pour une durée de quatre ans entre le directeur et le praticien chef de pôle. Il est soumis à un avis préalable du président de la CME afin de vérifier la cohérence avec le projet médical. Il fait l'objet d'une concertation au sein du directoire.

Il décrit les objectifs notamment en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que les moyens attribués au pôle. Il est assorti d'indicateurs de résultat, qui permettent d'évaluer la réalisation de ces objectifs. Il définit le champ et les modalités de la délégation de gestion donnée au chef de pôle ainsi que les modalités d'intéressement. En effet, l'atteinte des objectifs du contrat de pôle ou la réalisation de projets peut être associée à un mécanisme d'intéressement collectif.

Le chef de pôle élabore un projet de pôle qui définit sur la base du contrat de pôle les missions et les responsabilités confiées aux services, et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Art 18. Encadrement du pôle

Le chef de pôle exerce ses missions en lien avec le directeur référent du pôle et le cadre supérieur de santé du pôle. Ce dernier apporte son expertise à la gestion du pôle et participe à la mise en œuvre du projet de pôle. Il exerce son autorité sur le personnel soignant, de rééducation et médicotechnique du pôle dont il a la charge, sous la responsabilité hiérarchique de la direction des soins, sans préjudice de l'autorité fonctionnelle du praticien chef de pôle. Le directeur référent apporte son expertise à la gestion du pôle en particulier dans le traitement des informations nécessaires à la mise en œuvre et au suivi du contrat et des projets du pôle ainsi que de la déclinaison des priorités institutionnelles.

Art 19. Chefs de service

Le chef de service est nommé conformément à la charte de gouvernance est associé au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement. Son mandat peut être prolongé en tant que de besoin par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement dans la limite maximale d'un an.

Pour les candidatures à la chefferie de service, un dossier type doit être complété comprenant l'engagement du praticien à respecter les attendus de la gouvernance en termes de chefferie et à se former à l'exercice des fonctions. La parité hommes femmes est recherchée.

Le chef de service peut être démis de ses fonctions conformément à la charte de gouvernance. En cas de vacance de fonctions de chef de service et pendant le temps nécessaire à la nomination d'un chef de service, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement peuvent désigner un praticien de l'hôpital, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions.

Art 20. Nomination et affectation des praticiens hospitaliers

La nomination des praticiens hospitaliers à temps plein et praticiens des hôpitaux à temps partiel au sein de l'hôpital est prononcée sur proposition du directeur par arrêté du directeur général du centre national de gestion. Leur affectation est prononcée par le directeur sur un poste vacant du pôle d'activités, sur proposition du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur et s'il y a lieu du responsable de la structure interne concernée.

Art 21. Gérance de la pharmacie à usage intérieur

La pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement et a pour missions :

- D'assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositions de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits, dispositifs médicaux stériles, objets et médicaments expérimentaux ou auxiliaires mentionnés dans le code de la santé publique, et d'en assurer la qualité ;
- De mener toute action de pharmacie clinique, à> savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé et de concourir à la qualité des soins en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins et en y associant le patient ;
- D'entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- Pour des pathologies dont la liste est fixée par arrêté, de renouveler les prescriptions des patients pris en charge par l'établissement et de les adapter, dans le respect d'un protocole mentionné à l'article L. 4011-4.

La gérance de la pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien nommé comme chef de service. Celui-ci est responsable du respect des dispositions réglementaires ayant trait à l'activité pharmaceutique. Le pharmacien chargé de gérance peut, pour certaines activités précises, formaliser des délégations de pouvoir avec les pharmaciens adjoints du service.

Les pharmaciens exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur exercent personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des personnes autorisées (préparateurs en pharmacie hospitalière) ainsi que par d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont affectés à la pharmacie à usage intérieur à raison de leurs compétences pour remplir les missions de la pharmacie. Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.

Art 22. Soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques

La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, membre de l'équipe de direction. Il est dénommé « coordonnateur général des soins, directeur des soins ».

Dans ses fonctions de coordonnateur général des soins, il préside la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. A ce titre, il est membre du directoire au sein duquel il a une mission de conseil et de participation à la décision.

Ce directeur des soins coordonne l'organisation, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques en s'assurant de la continuité des soins et de la cohérence des parcours de soins des patients. Il est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins. Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il contribue au recrutement, à la formation et à la gestion des personnels, autres que médicaux. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au sein des pôles.

Les cadres supérieurs de santé, en tant que cadre soignant de pôle, assurent des missions d'organisation, de planification et de coordination des activités de soins, et médicotechniques du pôle. Ils assurent le management d'une équipe de cadres de proximité et contribuent à la gestion médico économique au sein du pôle en collaboration avec le chef de pôle. Ils participent à la circulation de l'information au sein des équipes.

Les cadres de santé paramédicaux assurent l'encadrement des équipes paramédicales. Ils organisent en lien avec le projet de service du responsable médical les structures, les activités de soins au sein du service et contrôlent la qualité des soins, la prise en charge des patients et autres prestations associées. Les professionnels de santé infirmiers, de rééducation et médico techniques diplômés d'Etat exercent les actes professionnels relevant de leurs compétences dans le respect de la réglementation en vigueur. Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture donnent des soins d'hygiène générale aux patients et personnes hébergées, à l'exclusion de tout soin médical. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité, suivant le cas, des infirmiers et des sages-femmes, dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur diplôme et de leur formation. Les agents de bionettoyage ont vocation à réaliser des opérations d'entretien et de nettoyage de surfaces et de locaux de soins qui contribuent à lutter contre les infections nosocomiales. Ils participent également à des activités d'hôtellerie et de restauration dans leur domaine de compétences.

La prise en charge rééducative et médico technique des patients est assurée par des professionnels qualifiés disposant des diplômes d'état et des compétences requises. Ils coordonnent leurs interventions avec les personnels soignants et contribuent à la qualité et à la sécurité des soins dans leurs domaines d'activité.

Art 23. Sages-femmes

Les sages-femmes sont responsables, au sein des services de gynécologie obstétrique dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence et de leurs qualifications telles que définies dans le code de la santé publique et dans le respect du code de déontologie des sages-femmes.

Elles participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets relatifs aux actions de prévention, soins et actes obstétricaux relevant de leurs compétences inscrits dans le projet d'établissement. Les sages-femmes des hôpitaux participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions. Elles peuvent participer aux activités de recherche dans leur champ de compétences. Les sages-femmes des hôpitaux peuvent contribuer à l'encadrement des étudiants en stage hospitalier dans les unités et peuvent aussi concourir à la formation des étudiants sages-femmes en qualité de maître de stage.

Art 24. Internes en médecine, en odontologie et en pharmacie

Les internes sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui, à l'hôpital, consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et à leur formation. Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service.

Au sein des pôles cliniques, les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), aux jours et heures arrêtés par le chef de service. Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien du service. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère invasif, sous la responsabilité du chef de service, que s'ils sont habilités par celui-ci et à condition qu'un praticien autorisé par la réglementation soit en mesure d'intervenir à tout moment. Au sein des services médicotechniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic.

Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

Les internes participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour. Les étudiants participent à l'activité sous la responsabilité de praticiens hospitaliers. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent dans le cadre de leur formation. Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leurs sont fixées.

Les internes logés à l'internat de l'hôpital doivent respecter le règlement intérieur spécifique à cet hébergement.

Art 25. Etudiants des écoles paramédicales

Les étudiants des écoles paramédicales participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des cadres paramédicaux et des professionnels maîtres de stage. Ils sont soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation ainsi qu'au règlement intérieur de l'établissement d'accueil.

Les étudiants paramédicaux contribuent, dans le cadre de leur stage, à la prise en charge des malades et à la réalisation des soins qui leur sont confiés, en fonction de leur niveau de formation et des objectifs de stage, et sous le contrôle d'un tuteur de stage. Ils suivent des enseignements pratiques dispensés au sein du centre hospitalier et des enseignements théoriques organisés par les écoles paramédicales. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Art 26. Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

La politique qualité est un élément essentiel du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité. Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels et sa mise en œuvre constitue un élément de leur évaluation professionnelle.

L'amélioration de la qualité est le résultat de démarches internes conduites par les professionnels. Elle repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes.

La direction en charge de la qualité recense les différentes démarches d'amélioration menées dans l'ensemble des services de l'institution, impulse les nouvelles démarches rendues obligatoires ou nécessaires, sélectionne des thèmes prioritaires déterminés par les plans d'actions d'amélioration de la qualité résultant des auto-évaluations, visites de certification, des résultats de l'écoute des usagers développée au sein de l'établissement, et des avis et propositions émis par la commission des usagers, suit l'avancée des actions et les fédère. Elle est chargée de renforcer la culture qualité et la maitrise des risques des professionnels de l'établissement.

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient. Cette procédure donne lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle s'inscrit dans un courant qui prône :

- d'une part, une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de pratiques et sur une évaluation externe par les pairs ;
- d'autre part, une démarche d'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus.

L'organisation de la vigilance sanitaire repose sur plusieurs vigilances correspondant aux différents risques identifiés par la cartographie des risques de l'établissement. Tout évènement indésirable doit faire l'objet d'un signalement afin de pouvoir être analysé selon différentes méthodes d'analyse[1].

La procédure de certification des établissements de santé concerne l'ensemble de leur fonctionnement et prend en compte les mesures prises pour assurer le respect des droits des malades et les résultats obtenus à cet égard. Le déroulement de cette procédure s'appuie en interne sur une organisation institutionnelle, reposant sur des équipes pluridisciplinaires qui se coordonnent de façon transversale. Elle est coordonnée à l'échelle du GHT.

Art 27. Coordination des soins dispensés aux malades

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

[1] Méthodes CREX, ALARM, RMM, REMED

des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement. Les soins peuvent également faire l'objet d'une démarche de coopération entre les professionnels de santé.

Le partage entre les professionnels des équipes de soins de l'hôpital des informations relatives à une même personne prise en charge est soumis à la condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Art 28. Permanence et continuité des soins

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins et la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence. Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les professionnels médicaux :

- assurent le service quotidien de jour, du matin et de l'après-midi, du lundi au samedi matin inclus (visite médicale quotidienne, examens et soins des malades hospitalisés, soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et autres produits relevant des pharmaciens)
- participent au service des samedi après-midi, dimanche et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus par ailleurs de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors des horaires du tableau de service, conformément au plan d'accueil des malades en urgence.

Les tableaux de service prévisionnels et réalisés sont communiqués par le chef de service à la direction des affaires médicales mensuellement.

La commission chargée de l'organisation de la permanence des soins définit annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité. Ses attributions sont précisées par la réglementation.

L'organisation de la permanence pharmaceutique relève du pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur en accord avec le chef de pôle.

Afin d'assurer la continuité des prises en charge, la liste des services fonctionnant avec des astreintes pour les personnels non médicaux sont mises en œuvre par le chef d'établissement après avis du comité social d'établissement.

Chapitre 2

DISPOSITIONS RELATIVES AUXPATIENTS

Section 1. Accueil, consultations et admissions

Art 29. Principes du libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits et en personnel. Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, ce droit s'exerce également dans le respect du principe de sectorisation et de la réglementation relative aux soins sans consentement.

Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un professionnel de santé ou la présence d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement de l'établissement.

Art 30. Droit à la prévention et aux soins

Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au traitement de la douleur ainsi qu'à des soins palliatifs et un accompagnement en fin de vie, sans aucune discrimination.

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des prises en charge requises, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées.

Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Ces actes ne doivent pas aussi être réalisés dans une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris dans les conditions réglementairement prévues, qui sauvegardent la dignité du mourant et assurnte la qualité de sa vie en dispensant des soins palliatifs.

Art 31. Accès aux soins aux personnes démunies

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent à l'hôpital. Le centre hospitalier a mis en place une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Il existe par ailleurs des dispositifs spécifiques d'accompagnement des patients en situation d'exclusion ou de précarité mis en œuvre par le service social de l'hôpital.

Art 32. Accueil des patients

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir, de jour comme de nuit, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel. Une signalétique adaptée précise à l'accueil la localisation de ses différents services et consultations externes.

Le personnel du centre hospitalier est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il donne aux patients et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

Art 33. Accès aux personnes en situation de handicap

L'hôpital veille à l'accessibilité pour les patients en situation de handicap en prenant en compte les différentes spécificités des handicaps (charte Romain Jacob).

Art 34. Livret d'accueil et évaluation de la satisfaction

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein du centre hospitalier un livret d'accueil qui contient les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du centre hospitalier, ainsi que les droits et devoirs des patients. Le patient peut consulter le livret sur le site internet de l'hôpital. Le patient est invité à exprimer son opinion sur les conditions de son séjour et reçoit par e-mail un questionnaire sur lequel il peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions (enquête ESATIS).

Le présent règlement intérieur est disponible sur le site internet de l'hôpital et tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande.

Les noms et coordonnées des représentants des usagers sont affichés au sein de l'établissement et disponibles sur son site internet. Les informations permettant de prendre contact avec la commission des usagers sont précisées dans le livret d'accueil.

Art 35. Charte de la personne hospitalisée

L'expression « personne hospitalisée » utilisée dans cette charte désigne l'ensemble des personnes prises en charge par un établissement de santé, que ces personnes soient admises en hospitalisation (au sein de l'établissement ou dans le cadre de l'hospitalisation à domicile), accueillies en consultation externe ou dans le cadre des urgences. L'application de la charte s'interprète au regard des obligations nécessaires au bon fonctionnement de l'institution et auxquelles sont soumis le personnel et les personnes hospitalisées

La charte de la personne hospitalisée est affichée dans l'établissement. Elle est complétée par une charte de la personne hospitalisée en psychiatrie, charte de l'enfant et de la personne âgée.

Art 36. Compétence du directeur en matière d'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le directeur ou son représentant, sur avis d'un médecin, d'un interne de l'hôpital ou d'une sage-femme.

Art 37. Pièces à fournir au moment de l'admission

L'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation. Ces démarches permettent d'assurer la sécurité du suivi médical et la prise en charge financière des frais d'hospitalisation.

A cet effet, le malade ou son représentant doit présenter à l'agent chargé de l'accueil administratif l'ensemble des pièces nécessaires à la constitution du dossier (carte vitale, titre d'identité, organisme tiers payeur, etc.). D'autres *documents peuvent être demandés au moment de la constitution du dossier* administratif.

Si le patient ne peut pas présenter sa carte Vitale ou un document attestant de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie dont il relève. La facturation des frais relatifs à son séjour lui est adressée en l'absence de couverture maladie. Le patient s'engage à payer alors l'intégralité des frais d'hospitalisation.

Art 38. Admission à la demande du médecin traitant ou post consultation

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin, l'interne de garde ou la sage-femme sur présentation d'un certificat médical du médecin adresseur attestant la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut être établi par le médecin traitant du patient ou par un praticien hospitalier du service de consultation ; il peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans toutefois mentionner le diagnostic de l'affection. Il doit être accompagné d'une lettre du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin hospitalier concerné et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement. Les admissions directes dans les services sans passer par les urgences sont privilégiées au maximum.

Pour l'admission en urgence des personnes âgées hébergées en EHPAD et des patients atteints d'un handicap psychique, la fiche ou le dossier de liaison doit également être transmis.

Art 39. Admission programmée

L'admission peut être programmée. Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au patient, après avis du responsable de la structure médicale concernée. Afin de réaliser sa préadmission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions où lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission. Un dispositif de préadmission en ligne et de bornes d'admission est déployé.

Art 40. Admission directe

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers une structure médicale en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

Art 41. Transfert

Lorsqu'un médecin ou un interne constate que l'état d'un patient requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein de l'hôpital ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, le directeur, ou son représentant, doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin de la structure ayant en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement adapté à son état de santé.

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement. Le transfert est notifié à la personne à prévenir que le patient aura désignée lors de son admission.

Art 42. Consultations externes

Des consultations médicales et paramédicales sont organisées au sein de l'établissement pour les patients externes. La liste, la localisation et les horaires de ces consultations sont accessibles au public sur le site internet de l'hôpital. La prise de rendez-vous sur internet est facilitée.

Le directeur établit et tient à jour, en accord avec les responsables de pôle d'activités concernés, un tableau qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, les noms et qualités des praticiens, les jours et heures des consultations.

Il s'assure que les professionnels exerçant au sein du centre hospitalier veillent personnellement au respect de ce tableau ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants. Il met en œuvre les mesures d'organisation matérielle permettant d'assurer le bon fonctionnement de ces consultations en s'assurant de l'attention apportée à l'accueil des consultants, tout particulièrement sur le plan des rendez-vous et des délais d'attente.

Art 43. Tarif des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année. Ils sont rendus publics à travers le guide des tarifs (site internet).

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la Sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie sur présentation de la carte Vitale ou de l'attestation de la carte vitale. Cette procédure les dispense de faire l'avance des frais.

En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers ayant conclu une convention de tiers payant avec l'hôpital, ils doivent payer le ticket modérateur et les autres sommes restant éventuellement à leur charge.

Les personnes dépourvues de ressources suffisantes sont orientées vers la permanence d'accès aux soins de santé, ou vers le service social hospitalier, qui les assisteront si nécessaire pour accéder à la consultation.

Une maison médicale de garde est en place sur l'hôpital. Les consultations sont facturées directement par le médecin libéral présent conformément aux règles de facturation en vigueur.

Art 44. Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

Afin d'assurer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, leurs traitements préventifs ainsi que l'accompagnement des patients dans la recherche de soins appropriés, l'hôpital dispose d'un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic. Ce centre, habilité par le directeur général de l'agence régionale de santé, propose notamment, à toute personne qui se présente, une consultation médicale d'information et de conseil, les tests sérologiques de dépistage de l'infection par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ainsi qu'une consultation de remise des résultats. Toutes les prestations dispensées par le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic sont gratuites.

Art 45. Protection maternelle et infantile

L'hôpital gère des activités relevant du service départemental de protection maternelle et infantile. Ces activités qui participent à la protection et à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant comprennent des activités de planification et d'éducation familiale.

Les dépenses afférentes à ces activités sont prises en charge par le département. L'hôpital assure, en collaboration avec le département et les partenaires du champ médico-social, des actions de protection et de promotion de la santé de l'enfant et de la famille, des actions médico-sociales de prévention pour les enfants et familles requérants une attention particulière ainsi que des actions de dépistage et prise en charge des enfants en situation de risques ou de danger.

Art 46. Centre spécialisé d'accueil et de soins en addictologie

Afin d'assurer des actions de prévention et de soins en addictologie, un centre de soins est géré par l'établissement (CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Il comporte une unité spécifiquement dédiée à l'accueil des jeunes (PREVADD) ainsi qu'un centre de délivrance de la méthadone. Aucun paiement n'est demandé aux personnes prises en charge par ce centre de soins.

Art 47. Consultations hospitalières de tabacologie et d'alcoologie

Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes du tabac et de développer une politique de prévention du tabagisme, une consultation hospitalière de tabacologie est implantée au sein de l'hôpital. Concernant l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes de l'alcool, l'hôpital dispose d'une consultation hospitalière d'alcoologie.

Art 48. Structures alternatives à l'hospitalisation

Les structures alternatives à l'hospitalisation comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire et les structures dites d'hospitalisation à domicile. Les prestations dispensées par ces structures se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles sont adaptées aux besoins des patients et ont pour objet de leur éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

L'hôpital dispose de structures à temps partiel de jour qui permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale. Elles dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. Ces structures sont organisées spécifiquement, en une ou plusieurs unités de soins individualisées, et disposent de moyens en locaux, en matériel et en personnel.

Art 49. Structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire

L'hôpital dispose de structures qui permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

Art 50. Hospitalisation à domicile

Le service d'hospitalisation à domicile de l'établissement permet d'assurer au domicile du patient (ou structure de vie), pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état

de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus, ciblés, sécurisés et coordonnés avec la prise en charge libérale du patient notamment avec son médecin traitant. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes (surveillance post chirurgicale, rééducation traitement du cancer, pansements complexes, soins de nursing lourds, nutrition entérale et parentérale, assistance respiratoire, traitements intraveineux, prise en charge de la douleur, soins palliatifs). Un soutien psycho social est proposé.

L'admission d'un patient au sein du service d'hospitalisation à domicile est réalisée sur prescription du médecin traitant ou d'un médecin hospitalier. Le médecin praticien de l'HAD valide l'admission sur le plan médical après avoir vérifié que les soins nécessaires peuvent être prodigués au domicile (technicité, conditions de vie, risques identifiés). Un proche doit être présent en continu aux côtés du patient si ce dernier n'est pas autonome. L'admission est effectuée dans les limites de la capacité d'accueil du service. L'accord du médecin traitant (ou désigné) est toujours sollicité préalablement à la prise en charge. En effet, ce dernier est le référent médical du patient pendant le séjour.

En cas d'indisponibilité du médecin ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, le patient peut être pris en charge sans que l'accord du médecin traitant, ou du médecin désigné par le patient, ait été recueilli. Dans ce cas, le médecin praticien d'hospitalisation à domicile est désigné référent de la prise en charge. Il en informe le médecin traitant en fait mention dans le dossier du patient. Le médecin praticien de l'HAD peut alors se déplacer au domicile du patient.

L'équipe de l'HAD assure la coordination de l'ensemble des soins avec les différents intervenants. Une attention toute particulière est portée par l'équipe HAD au respect de l'intimité dans un contexte d'intervention au domicile. L'implication du patient et de son entourage sont essentiels tout au long de la prise en charge. La sortie est prononcée par le directeur après avis médical.

Le service HAD garantit en permanence et dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité du patient, l'intervention au domicile du patient d'un infirmier membre de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée et le recours à l'avis d'un médecin. Une permanence téléphonique est mise en place avec la possibilité de joindre le standard en solution de secours. Le service HAD est joignable en continu avec un accès à l'ensemble de la permanence des soins du centre hospitalier ainsi qu'à l'astreinte territoriale de l'équipe mobile soins palliatifs.

Les informations de santé des patients sont tracées dans le dossier patient informatisé du service HAD connecté au dossier patient informatisé du centre hospitalier. Les règles de communication du dossier patient sont celles de l'établissement. L'espace numérique en santé du patient est alimenté.

Le service d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique déterminée en lien avec l'Agence Régionale de Santé : Cannes, Le Cannet, Mougins, Vallauris, Mandelieu la Napoule, Théoule sur Mer.

Art 51. Activité libérale des médecins

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein peuvent être autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale dans les conditions définies par le code de la santé publique. Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médicotechniques.

Art 52. Service public hospitalier et activité libérale

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein de l'hôpital. Dans certaines spécialités le patient peut toutefois être pris en charge, sur sa demande et avec l'accord du médecin intéressé, dans le cadre de l'activité libérale des médecins exerçant à temps plein, lorsque ceux-ci y sont autorisés. Cette prise en charge ne peut résulter que d'une demande expresse du patient, exprimée en l'absence de toute sollicitation, quelle qu'en soit la forme.

Le patient qui souhaite être pris en charge au titre de l'activité libérale doit recevoir au préalable du praticien concerné, les indications sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment quant à la tarification et aux conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie. Les jours, les heures d'ouverture et le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Lorsque le patient opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant. Aucun patient ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein de l'hôpital, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il l'a été préalablement dans le cadre de l'activité libérale.

Le patient peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du directeur et après avis du responsable de la structure médicale concernée, revenir sur son choix. Ce nouveau choix est alors irréversible.

Les prestations non médicales liées à l'activité libérale ainsi que leurs tarifs sont ceux du secteur public, mais le patient doit verser des honoraires en sus au médecin. Le montant de ces honoraires est fixé par entente directe entre le patient et le médecin.

Le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire de l'administration. Aucun lit ni aucune installation médicotechnique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale. Aucun acte médical concernant directement ou indirectement le prélèvement ou la greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli au titre de l'activité libérale.

La commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concerne. Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur ainsi que par tout praticien exerçant une activité libérale et désireux de lui soumettre une question relative à l'exercice de sa propre activité libérale. L'établissement a formalisé une charte d'activité libérale.

Les informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui exercent à titre libéral au sein de l'hôpital sont accessibles au public : affichage dans les salles d'attente et sur le site internet de l'établissement.

Section 2. Accueil et admission en urgence

Art 53. Gestion des situations sanitaires exceptionnelles et plan blanc

L'hôpital est doté d'un dispositif de crise dénommé « plan blanc », qui lui permet de mobiliser les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le plan blanc d'établissement est déclenché par le directeur ou son représentant, qui en informe sans délai le préfet de département, ou à la demande de ce dernier. L'agence régionale de santé est informée dès le déclenchement. Le plan blanc est évalué et révisé chaque année.

Dans le cadre d'un dispositif départemental, dénommé « plan blanc élargi », si l'afflux de patients ou la situation sanitaire le justifie, le préfet peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé et de tout établissement ou établissement de santé ou établissement médico-social.

Le plan blanc élargi est préparé par la délégation départementale de l'agence régionale de santé. Il est arrêté par l'autorité préfectorale compétente, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Il est révisé chaque année. Le plan blanc est intégré à l'axe 4 de la convention multipartite (hôpital, police, justice, mairie disponible sur l'intranet).

L'organisation de la montée en puissance repose sur la mise en place d'une gradation selon deux niveaux :

- Niveau 1 – « Plan de mobilisation interne » : Pour la gestion des tensions ou des situations avérées potentiellement critiques sans toutefois mettre à court terme, l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant. Ce type de situation est toutefois suffisamment critique pour exiger une organisation particulière, une vigilance active et la mise en œuvre, le cas échéant, de mesures d'anticipation ou de gestion. Ce niveau, qui correspond à l'activation du plan de mobilisation interne, nécessite la mise en place d'une cellule de crise hospitalière restreinte.

- Niveau 2 – « Plan blanc » : Pour la gestion des situations exceptionnelles avec un impact potentiellement majeur sur l'établissement de santé. Ce niveau qui correspond à l'activation du plan blanc, permet la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement (moyens humains et logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par une cellule de crise structurée. Il permet d'assurer la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels (ex : afflux massif de victimes) tout en maintenant la continuité et la qualité des soins, des patients non directement impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Il permet aussi de préserver la sécurité des patients et des personnels (ex. afflux de victimes potentiellement contaminées).

Pour rappel, le plan global de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE), doit permettre à chaque établissement de santé d'apporter une réponse adaptée et progressive selon la nature, l'importance en terme sanitaire et la cinétique de l'événement.

Art 54. En cas d'urgence survenant à proximité de l'hôpital

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate du centre hospitalier, les personnels, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux patients en péril sur la voie publique en mettant en œuvre les mesures adéquates.

En règle générale, dès que l'urgence est signalée, deux types de mesures doivent simultanément être mises en œuvre :

- l'alerte des services chargés de l'aide médicale urgente (SAMU, SMUR ou centre de secours) ;
- l'envoi sur les lieux d'une équipe chargée de donner les premiers soins, d'apprécier la gravité de la situation, de prendre toutes les mesures de protection nécessaires avant l'arrivée des services compétents et de transmettre à ces derniers le bilan et les besoins constatés.

Pour les structures de l'hôpital se trouvant en dehors du site principal, l'alerte doit être donnée auprès des services chargés de l'aide médicale urgente.

Art 55. Accueil et admission en urgence

Le directeur prend toutes mesures, si l'état d'un patient réclame des soins urgents, pour que ces soins soient assurés au sein de l'établissement, sous la responsabilité directe d'un médecin.

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. Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement en prénum, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible dans le cadre des procédures identito-vigilance.

Lorsqu'un patient dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état refuse de quitter l'hôpital, il peut être, selon le cas, sur certificat médical établi par un médecin qui l'a examiné ou soigné, soit reconduit à la sortie de l'hôpital, soit adressé à un organisme à caractère social.

Chaque dysfonctionnement constaté dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients en urgence doit faire l'objet d'une fiche d'évènement indésirable pour analyse.

Art 56. Information des familles des patients hospitalisés en urgence

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés en urgence (ou un proche, le cas échéant) soit prévenue par l'hôpital. Que le patient ait été conduit au sein de l'établissement par le SAMU, les pompiers, la police ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur,

toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles. Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation.

En cas de transfert dans un autre établissement ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels. En cas de décès, l'information des familles est assurée dans les meilleurs délais.

Art 57. Inventaire à l'admission

Un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé aux urgences (sauf urgence vitale) et dans l'unité de soins d'accueil.

L'inventaire est ensuite consigné au dossier informatisé du patient. Le patient est invité à déposer les objets de valeur détenus dans le coffre dédié à cet effet ou à les remettre au régisseur ou à un agent spécialement habilité par le directeur pour être le dépositaire de ces objets. Ces derniers sont inscrits sur le registre des dépôts.

Le patient est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme non utiles à son hospitalisation et à les faire retourner à son domicile.

Art 58. Patients amenés par la police

Lorsqu'un patient est amené par les autorités de police et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe à l'hôpital de faire connaître auxdites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille (ou proche le cas échéant), sauf avis contraire de ces autorités. Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale.

Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus, par la personne concernée, de son hospitalisation est délivré par le médecin de garde aux policiers et aux gendarmes.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent au centre hospitalier, en dehors de toute réquisition, une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée.

Une attestation signée du médecin ayant examiné la personne et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services. Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le directeur doit, au cas où la personne, est présumée dangereuse, la signaler aux autorités sanitaires.

Section 3. Dispositions particulières à certains patients

Art 59. Garde et protection des mineurs

L'hôpital, lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, est investi à son égard d'un devoir de garde et de surveillance adapté à son état de mineur. À ce titre, il est tenu de prendre en charge les besoins du mineur, notamment au plan psychologique, et de provoquer les mesures de protection appropriées, lorsqu'elles s'imposent.

Art 60. Scolarisation

Les mineurs en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté, lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent. L'hôpital s'efforce de favoriser la scolarité des mineurs, notamment en collaboration avec les associations et organismes spécialisés.

Art 61. Consultations pour les mineurs non accompagnés

Si un mineur se présente seul à une consultation isolée, il est invité à revenir accompagné du titulaire de l'autorité parentale. A titre dérogatoire, il peut être accepté s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée ou s'il est déjà suivi dans le cadre d'une prise en charge préalablement définie avec les titulaires de l'autorité parentale.

La consultation d'un mineur non accompagné est par ailleurs possible au CeGIDD, à PREVADD, et au CEPF et en consultation de gynécologie, dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur.

Art 62. Admission des mineurs

L'hôpital est habilité à recevoir des enfants de moins de 18 ans conformément à la procédure de prise en charge d'un mineur. Si un malade d'un âge plus avancé se présente en urgence dans cette structure, il est dirigé sur la structure d'urgence adulte.

Les mineurs peuvent être admis dans les unités d'adultes, après avis des responsables des structures médicales concernées. Sauf circonstances particulières, un mineur ne peut pas partager sa chambre avec un adulte.

Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication des personnes titulaires de l'autorité parentale. Dans tous les cas, ces personnes doivent être tenues informées de l'admission dans les meilleurs délais. Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seules les personnes exerçant l'autorité parentale peuvent signer un refus d'admission.

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement, sauf application des dispositions du code de la santé publique.

Art 63. Dévolution de l'autorité parentale

Un acte usuel peut être pratiqué avec le consentement d'un seul des deux parents (une intervention bénigne par exemple, ne nécessitant pas d'autre anesthésie que strictement locale) chacun des parents étant alors réputé agir avec l'accord de l'autre à l'égard des tiers de bonne foi. Mais si les décisions à prendre sont essentielles pour la santé du mineur et à plus forte raison pour sa survie, il est nécessaire de recueillir l'accord du père et de la mère, qui exercent en commun l'autorité parentale.

À défaut d'exercice conjoint (cas de certains parents séparés par exemple) l'autorisation du seul parent titulaire de l'autorité parentale suffit, sous réserve du droit de l'autre à être tenu informé des choix importants relatifs à la vie de l'enfant. L'admission d'un mineur est prononcée, sauf en cas d'urgence, à la demande des père et mère, du tuteur légal ou de l'autorité judiciaire.

Art 64. Mineurs présentés en urgence

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des mineurs hospitalisés en urgence soit prévenue par l'hôpital. Si l'admission en urgence ne se révèle pas nécessaire et n'est pas prononcée, le mineur ne peut quitter l'hôpital que selon les règles de sortie d'un mineur.

En dehors de l'ouverture des urgences pédiatriques, les mineurs présentés en urgence reçoivent les premiers soins nécessaires et sont ensuite, si leur état de santé le nécessite et s'ils sont transportables, dirigés vers une structure adaptée en interne ou en externe.

Art 65. Actes médicaux et chirurgicaux d'urgence sur des mineurs

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents.

La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur et contresignée par le directeur et ce praticien.

Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure. Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

Art 66. Hospitalisation des mineurs

Le directeur organise, avec l'accord des médecins responsables des structures médicales concernées, les modalités d'accompagnement des mineurs par leurs parents au cours de leur hospitalisation. Les parents ou toute autre personne qui s'occupe du mineur doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres patients.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, dès lors que leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès du mineur pendant son hospitalisation, les parents ou toute personne expressément autorisée doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié pour y procéder et, lorsque cet état le permet, doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone.

Art 67. Admission des mineurs du service de l'aide sociale à l'enfance

L'admission d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance est prononcée à la demande de la structure, sauf si le mineur lui a été confié par son père, sa mère ou son tuteur. Toutefois, même dans ce cas, lorsque ces derniers ne peuvent être joints en temps utile, le service d'aide sociale à l'enfance demande l'admission. Lorsque le patient relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur de l'hôpital adresse sous pli cacheté, dans les 48 heures de l'admission, au directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance le certificat confidentiel du médecin responsable de la structure médicale concernée indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

Art 68. Autorisation de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Des autorisations de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation. Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, leur mère ou leur tuteur. La personne titulaire de l'autorité parentale doit préciser à la direction de l'hôpital si le mineur peut quitter seul l'établissement ou s'il doit être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisé. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

Art 69. Information des mineurs et consentement aux soins

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Ceux-ci reçoivent l'information conformément aux dispositions sur le droit à la confidentialité des soins.

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité. Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision. Le médecin ne peut tenir compte de « directives anticipées » qui auraient été rédigées par une personne mineure.

Art 70. Soins confidentiels à la demande des mineurs

Par dérogation aux dispositions relatives à l'autorité parentale, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur est invité à se faire accompagner d'une personne majeure de son choix. Ces dispositions s'appliquent à l'infirmier lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'un patient mineur.

Art 71. Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction si le mineur peut quitter seul le centre hospitalier ou s'il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne qu'elle a expressément autorisé.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire de l'autorité parentale ou du tiers que celle-ci a autorisé, des justifications sont exigées en tant que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement).

Art 72. Mineurs en situation de rupture familiale

Les mineurs dont les liens de famille sont rompus peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande et sur décision de l'autorité administrative de la couverture maladie universelle (CMU). Dans ce cas, leur seul consentement est requis pour les décisions médicales les concernant.

Art 73. Admission en maternité

Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le directeur ne peut refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement ;
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

En l'absence de lit disponible au sein du centre hospitalier, le directeur ou son représentant organise cette admission dans un autre établissement de santé assurant le service public hospitalier et pourvu d'un service de maternité.

Dans le cadre prévu par la réglementation, et sur avis médical, l'hôpital peut proposer un hébergement non-médicalisé à une femme enceinte.

Art 74. Secret de la grossesse et de la naissance

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission et de son identité dans les conditions prévues par le code civil, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. Le directeur doit alors informer de cette admission le directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Les femmes désirant accoucher dans le secret sont informées des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire, des modalités de la levée du secret de leur identité et de la possibilité qu'elles ont à tout moment de donner leur identité sous pli fermé ou de compléter les renseignements qu'elles ont donnés au moment de la naissance.

Ces informations font l'objet d'un document écrit établi par le conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Il doit être remis à la femme lors de l'accouchement ou lors de son séjour dans l'établissement. Ces formalités sont accomplies par les correspondants du conseil national pour l'accès aux origines personnelles au niveau du département, sous la responsabilité du directeur de l'établissement. À défaut, elles seront accomplies sous la responsabilité de ce directeur : l'hôpital sera dans ce cas tenu d'informer la patiente des conséquences juridiques relatives à un accouchement sous couvert de l'anonymat.

Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département où se trouve l'hôpital. Toutefois, cette prise en charge n'est pas de droit lorsque le nom du père ou de la mère de l'enfant figure dans l'acte de naissance établi dans le délai légal de cinq jours fixé par le code civil.

Art 75. Interruption volontaire de grossesse IVG

Des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein de l'hôpital, agréé à cet effet, conformément aux dispositions de la loi. Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal doit être recueilli.

Toutefois, si la mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien préalable à l'intervention réalisé dans les conditions légales.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix.

L'IVG est autorisée par la loi pour les femmes étrangères dans les mêmes conditions que pour les femmes de nationalité française, sans condition spécifique de durée et de régularité du séjour en France.

La loi réprime le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse en instituant des sanctions pénales à l'encontre de toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables qui y sont liés :

- soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès à l'hôpital, la libre circulation des personnes à l'intérieur du centre hospitalier ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;
- soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant au sein de l'hôpital, des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières.

Art 76. Admission des militaires

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

Art 77. Admission des victimes de guerre

Les personnes concernées par le 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 du centre hospitalier pendant la durée de leur hospitalisation.

Art 78. Admission des personnes atteintes de troubles mentaux

L'hôpital est habilité à recevoir des personnes en soins sans consentement.

L'admission des personnes atteintes de troubles mentaux peut intervenir selon trois modalités distinctes qui sont selon le cas :

- les soins psychiatriques libres ;
- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;
- les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

Les soins psychiatriques libres des personnes atteintes de troubles mentaux, définis par le critère du consentement du patient aux soins sont la règle et les soins psychiatriques sous contrainte l'exception. Les patients en soins psychiatriques libres disposent des mêmes droits que ceux

reconnus aux patients hospitalisés pour une autre cause, et notamment du droit d'aller et venir librement à l'intérieur de la structure médicale où ils sont admis et au sein de l'établissement.

Dans le cas où le fonctionnement du service justifie la mise en œuvre de modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des patients. En aucun cas, elles ne peuvent porter atteinte à leur liberté d'aller et venir et doivent être organisées de manière à respecter ce principe.

Les patients admis en soins psychiatriques sous contrainte (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État) ne peuvent être accueillis qu'au sein des structures médicales spécialement habilitées à cet effet. Les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et par la mise en œuvre de leur traitement.

Dès leur admission, les patients sont informés le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à leur état de la décision d'admission en soins psychiatriques sous contrainte et, le cas échéant de chaque décision prononçant le maintien des soins. Ils sont également informés de leur situation juridique et de leurs droits, des voies de recours qui leur sont ouvertes et des garanties qui leur sont offertes. Le juge des libertés et de la détention est habilité à prononcer la poursuite ou l'arrêt d'une mesure de soins sans consentement. Une attention toute particulière est portée au respect du cadre relatif aux mesures d'isolement et de contention et à la réduction du recours à ces mesures.

En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée en raison de ses troubles mentaux doit être respectée et sa réhabilitation recherchée.

Art 79. Information et consentement des majeurs sous tutelle

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information sont exercés par le tuteur. Celui-ci reçoit l'information. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur faculté de discernement. Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

Art 80. Prise en charge des majeurs protégés

Conformément aux dispositions du code civil, si l'intérêt de la personne hospitalisée le justifie, le juge peut désigner en qualité de curateur ou de tuteur la personne préposée de l'établissement inscrite sur une liste d'habilitation établie par le préfet. Le préposé en charge des mesures de protection juridique au sein de l'hôpital, appelé mandataire judiciaire à la protection des majeurs, est choisi par le directeur parmi le personnel administratif titulaire.

Sauf mention expresse contraire, la mesure de protection juridique porte à la fois sur la protection des biens et sur la protection de la personne. Le mandataire ne manie aucun fonds. Seul le régisseur du centre hospitalier est habilité à percevoir les fonds du majeur protégé et à assurer le dépôt des biens placés conformément aux directives données par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

Art 81. Audition d'un patient par les autorités de police

Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), le patient doit être entendu par les autorités de police avec ou sans son consentement. Cette audition est réalisée conformément à l'axe 2 de la convention tripartie (hôpital, police, justice).

En toute hypothèse, l'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient. L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit. Cet avis est immédiatement transmis au directeur.

Art 82. Admission des personnes gardées à vue et détenus

L'admission des personnes gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celle des patients relevant du droit commun. Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du procureur de la République ou du juge d'instruction.

La surveillance des personnes gardées à vue est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du procureur de la République ou du juge d'instruction. En aucun cas, le service de sécurité du centre hospitalier ne doit être amené à participer à la surveillance de ces personnes. Les enquêteurs, en concertation avec le service d'hospitalisation, choisiront la chambre la mieux adaptée en fonction des disponibilités.

En lien avec les autorités de police, le personnel soignant peut donner des nouvelles uniquement sur l'état de santé du malade comme il le ferait dans les autres cas (sauf opposition du malade), sans faire de commentaires sur la situation juridique de la personne. Les visites concernant le malade en garde-à-vue sont soumises à l'autorisation du magistrat ou de l'officier de police judiciaire directeur d'enquête. Il peut, dans les conditions fixées par la loi, demander à s'entretenir avec un avocat. Le transfèrement de la personne gardée-à-vue vers un plateau technique se fait en concertation avec les enquêteurs et les modalités d'accompagnement se font au cas par cas, selon l'appréciation des services de police ou de gendarmerie.

L'axe 2 de la convention multipartite (hôpital, police, justice, mairie) détaille la prise en charge des patients en garde à vue.

Concernant les détenus, les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, des forces armées ou de l'administration pénitentiaire. Elles s'exercent sous leur responsabilité. En aucun cas le service de sécurité ne doit être amené à y participer. Tout incident grave doit être signalé aux autorités compétentes.

Art 83. Admission des patients évacués sanitaires

Des patients non-résidents en France ou des résidents rapatriés de l'étranger peuvent être admis au sein de l'hôpital dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités de tutelle. Des prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale d'État, selon les situations et la réglementation en vigueur.

Art 84. Admission au sein d'une unité de soins de suite ou réadaptation

L'admission au sein de l'unité de soins de suite ou de réadaptation est prononcée par le directeur sur avis du médecin pour les patients qui requièrent des soins continus dans un but de réadaptation. Le SSR de l'hôpital est un SSR spécialisé qui reçoit des patients gériatriques atteints de certaines affections qui sont susceptibles d'amélioration.

Les admissions dans cette unité ne sont prononcées qu'après accord du praticien responsable de la structure médicale. Il existe deux modes d'admission :

- l'admission directe ;
- l'admission à la suite d'un transfert : tout patient hospitalisé dans une unité de court séjour, qui a dépassé la phase aiguë de l'affection pour laquelle il était soigné, mais qui présente néanmoins des séquelles relevant d'un traitement médical ou de rééducation, peut être transféré dans une unité de soins de suite et de réadaptation, sur proposition du praticien responsable de la structure médicale où il est traité.

Lorsque le médecin refuse une prolongation de séjour d'un patient présent dans une telle unité, la sortie de l'intéressé est prononcée.

À la sortie, deux éventualités sont possibles :

- ou bien l'état du patient lui permet de retourner vivre à son domicile, dans son milieu familial, dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou dans toute autre institution d'hébergement, avec, si besoin, le concours des services d'hospitalisation ou de soins à domicile ;
- ou bien le patient a perdu son autonomie et son état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Dans ce cas, son transfert dans une unité de soins de longue durée doit être effectué.

Il appartient à l'assistant de service social chargé de l'unité de soins concernée de rechercher la solution qui convient à chaque situation particulière, en tenant compte des souhaits du patient, s'il est en mesure de les exprimer, en liaison avec l'ensemble de l'équipe de soins, avec la famille et, le cas échéant, le tuteur.

Section 4. Soins et information sur les soins

Art 85. Information du patient et consentement aux soins et à la recherche

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein du centre hospitalier doivent être informées du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins. Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé de manière appropriée, claire et loyale. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Le malade est associé au choix thérapeutique le concernant.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. L'hôpital recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auxquels il souhaite que soient adressées les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et celles utiles à la continuité de ses soins après la sortie.

Le malade qui est victime ou s'estime victime d'un dommage imputable à l'activité soignante, ou son représentant légal, doit être informé sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent et le médecin doit lui donner les informations lui permettant de prendre librement les décisions concernant son état de santé. Il peut, s'il le souhaite, exprimer de manière anticipée ses souhaits sur sa fin de vie en confiant à l'équipe médicale ses directives anticipées au cas où il ne pourrait plus exprimer sa volonté. Elles sont conservées dans son dossier médical.

S'il a désigné par écrit une personne de confiance, cette personne est consultée par l'équipe soignante pendant son hospitalisation. La personne de confiance n'a pas accès au dossier médical du malade mais elle peut assister avec son accord aux entretiens médicaux et conseiller le patient dans le cadre de sa prise en charge.

Toute recherche "interventionnelle " (c'est-à-dire, les essais et expérimentations sur l'homme, dès lors qu'ils innovent par les produits ou les techniques employées, ou qu'ils utilisent une nouvelle association de techniques ou de produits, tels que nouveaux médicaments, nouvelles techniques chirurgicales, nouvelles méthodes de diagnostic invasives ou porteuses d'un risque potentiel, études psychologiques ou comportementales…) implique le recueil du consentement libre et éclairé de toute personne y participant. Ce consentement sera recueilli par le médecin qui devra avoir informé de manière adéquate la personne sur les objectifs, méthodes et bénéfices escomptés, ainsi que les risques et désagréments potentiels, sur son droit de ne pas participer à l'expérimentation et à s'en retirer à tout moment.

Art 86. Entretien individuel

L'information sur l'état de santé du patient doit lui être délivrée au cours d'un entretien individuel par le médecin concerné dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles. Ces informations sont tracées dans le dossier du patient. Le malade peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

Art 87. Identification du patient

Pour sécuriser le parcours de soins, un bracelet d'identification est mis au poignet de chaque patient dès son arrivée en hospitalisation conformément aux procédures d'identito-vigilance. Ce bracelet fait l'objet de contrôle à chaque étape de soins jusqu'à la sortie. Toute usurpation ou erreur d'identité peut entrainer des conséquences graves dans la prise en charge.

Tout patient peut demander expressément à ce que son identité ou sa présence ne soit pas communiquée pendant son séjour.

Art 88. Dossier de soins du patient

Un dossier de soins est constitué pour chaque patient hospitalisé, conformément aux dispositions du code de la santé publique. Ce dossier comprend le cas échéant les informations recueillies lors des consultations externes ou de l'accueil aux urgences. Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'hôpital. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical.

Art 89. Communication du dossier médical

Les patients ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé détenues, à quelque titre que ce soit, par l'hôpital et les professionnels qui y exercent.

Sont concernées les informations qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

- les résultats d'examens ;
- les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ;
- les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre ;
- les feuilles de surveillance ;
- les correspondances entre professionnels de santé.

Ne sont pas communicables les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Les patients peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'ils désignent.

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

Le médecin qui a établi ces informations ou qui en est dépositaire peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

À titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques sans consentement peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus de ce dernier, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Le droit d'accès au dossier du mineur est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du patient, les informations le concernant peuvent être délivrées à ses ayants droit, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour :

- connaître les causes de la mort ;
- défendre la mémoire du défunt ;
- ou faire valoir leurs droits.

Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à l'objectif poursuivi.

La communication du dossier est assurée par la coordination des secrétariats médicaux et est soumise à la validation du praticien responsable de la structure médicale concernée ou par tout membre du corps médical du centre hospitalier désigné par lui à cet effet. Elle a lieu :

- soit par consultation gratuite sur place ;
- soit par l'envoi par le centre hospitalier de la reproduction des pièces du dossier, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût de la reproduction et le cas échéant de l'envoi des documents.

À la fin de chaque séjour hospitalier, certaines pièces du dossier médical, ainsi que toutes les autres jugées nécessaires sont adressées, au praticien que le patient ou son représentant légal a désigné afin d'assurer la continuité des soins. Des doubles de ces documents sont établis et demeurent dans le dossier du patient.

Les praticiens responsables des structures médicales communiquent ou prennent toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin-conseil de la sécurité sociale, dans le respect du secret médical, les documents médicaux nécessaires à l'exercice de son contrôle.

Art 90. Clichés et CD-ROM d'imagerie médicale

Il est délivré aux patients qui en font la demande des reproductions des clichés ou CD-ROM d'imagerie médicale essentiels figurant dans leur dossier médical, selon le guide des tarifs. En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis en communication au médecin traitant, sur demande adressée directement par celui-ci à son confrère hospitalier. Les clichés et CD-ROM d'imagerie médicale effectués en consultation externe sont remis soit au patient, soit au médecin traitant lorsque le patient en a formulé la demande.

Si les circonstances l'imposent (impossibilité de réaliser rapidement les copies des clichés), des documents originaux peuvent être remis ou adressés au patient. Deux précautions sont alors requises :

- soit la signature par le patient ou l'ayant droit d'un récépissé précisant que celui-ci en devient le seul dépositaire ;
- soit l'accompagnement de l'envoi avec accusé de réception des documents par un courrier daté et signé précisant les documents ainsi adressés.

Art 91. Relations avec les familles ou les proches

Il est demandé au patient de désigner une personne à prévenir, qui sera contactée en cas de besoin par le personnel (sortie, aide dans les actes de la vie quotidienne, etc.). La désignation de cette personne peut être modifiée.

Les médecins reçoivent les familles ou les proches des patients dans des conditions préservant la confidentialité soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles. Un patient est en droit de refuser des visites, souhait qu'il exprime auprès des équipes du service de soins au sein duquel il est hospitalisé.

En l'absence d'opposition du patient, les informations d'ordre médical, tels le diagnostic et l'évolution de la maladie, ne peuvent être données aux membres de la famille et proches que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie médicale. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les personnels paramédicaux dans leur champ de compétence.

Art 92. Personne de confiance

Les patients majeurs peuvent désigner une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée (formulaire dédié). Le livret d'accueil de l'établissement informe le patient de cette possibilité. La désignation de la personne de confiance est révisable et révocable à tout moment. Toutefois il est souhaité que cette désignation soit valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement comme précisé dans le formulaire. Cette personne peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Elle peut, à la demande du patient, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses

décisions. La personne de confiance ne dispose pas d'un droit d'accès au dossier médical du patient.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Art 93. Relation avec le médecin traitant

L'hôpital est tenu d'informer le médecin désigné par le patient ou sa famille de la date et de l'heure de son admission ainsi que de l'unité de soins où a eu lieu cette admission. Il doit l'inviter simultanément à prendre contact avec le responsable médical de cette unité de soins, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à faire connaître son souhait d'être informé sur l'évolution de l'état de santé de ce dernier. Les échanges dématérialisés se font par le biais de la messagerie sécurisée.

En cours d'hospitalisation, le praticien hospitalier en charge du patient communique au médecin désigné qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du patient. Le médecin traitant peut, après accord du responsable de la structure médicale concernée et du patient ou de ses représentants légaux, assister aux interventions chirurgicales comprises dans son hospitalisation.

A l'issue de l'hospitalisation, une lettre de sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant.

Art 94. Le secret à l'hôpital

Le malade, peut demander le bénéfice du secret de l'hospitalisation. Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement, avec une mention relative à l'admission sous secret qui doit être signalée aux services concernés (service d'hospitalisation, accueil, standard…) de façon à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur la présence de l'intéressé au sein du site. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement dans les cas prévus par la réglementation et rappelé dans l'axe 2 de la convention multipartite (hôpital, police, justice, mairie).

L'anonymat total est l'état d'une personne, dont on ignore le nom, l'identité. La confidentialité correspond au caractère privé et secret d'une information. La législation ne prévoit que deux situations d'anonymat dans le cadre de l'hospitalisation : accouchement secret et accueil de toxicomanes se présentant spontanément. Des personnes victimes de violences peuvent également bénéficier de ces dispositions.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, le secret couvre l'ensemble des informations concernant le patient venues à la connaissance d'un professionnel de santé de l'hôpital, de tout membre du personnel de l'hôpital ou d'organismes en lien avec ce dernier et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec l'hôpital ou lesdits organismes.

Par exception à ce principe, le secret peut cependant être partagé dans les cas suivants :

- Entre professionnels de santé

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Lorsque le patient est pris en charge par une équipe de soins, les informations le concernant sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe.

- Avec les proches ou la famille

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

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

Art 95. Traitements automatisés des données à caractère personnel

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de l'admission et du séjour du malade font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers. L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations, conformément au règlement général des protections de données (RGPD). Il applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

Les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ont pour but de veiller au respect de ces principes ; elles prévoient un droit d'accès et de rectification par le malade, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique. La commission nationale informatique et libertés (C.N.I.L.) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données nominatives doit être déclaré à cette commission nationale avant d'être mis en exploitation. Pour tout renseignement à ce sujet, les malades peuvent s'adresser à la direction de l'établissement ou au délégué à la protection des données désigné par lui.

Les données peuvent faire l'objet d'analyses statistiques pour la recherche scientifique dans le domaine de la santé par l'équipe médicale responsable des soins ou par d'autres professionnels dûment habilités. Le patient peut à tout moment exprimer une opposition à cette utilisation de données en s'adressant au directeur ou au délégué à la protection des données désigné par lui.

Art 96. Information sur les accidents médicaux et infections nosocomiales

En cas d'accident médical, d'évènement indésirable grave, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale, le médecin est tenu d'informer la personne qui en est victime ou qui s'en estime victime sur les circonstances ou les causes de ce dommage. Le cas échéant, cette information est délivrée à ses ayants droit ou à son représentant légal.

Cette information est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix. Ces échanges font l'objet d'une traçabilité et d'une information à la direction, tel que défini dans la procédure de gestion d'un dommage associé aux soins.

Art 97. Réclamations et voies de recours

Toute personne accueillie au sein de l'hôpital (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut faire part de ses observations ou de ses réclamations à la direction.

Au sein de l'établissement, la commission des usagers veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients et de leurs proches. Les observations exprimées par les patients sont selon leur nature examinées par le directeur, le médiateur médical ou non médical ou par la commission des usagers en lien avec le chef de service et l'encadrement paramédical concerné. Une réponse motivée est adressée au requérant.

Le patient (ou ses représentants, ou en cas de décès ses ayants droit) peut également s'adresser à la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente lorsqu'il s'agit :

- d'une contestation relative au respect des droits des malades et des usagers du système de santé ;
- de tout litige ou de toute difficulté nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.

La CCI ordonne une expertise amiable et rend un avis sur une éventuelle responsabilité au plus tard dans les six mois qui suivent. Le patient (ou ses représentants légaux, ou en cas de décès ses ayants droit) dispose également d'autres recours s'il estime avoir subi un préjudice grave ou s'il n'est pas satisfait des réponses qui lui sont proposées et exposées ci-dessus.
S'il souhaite adresser une demande de réparation, le patient doit y procéder auprès de la direction du centre hospitalier. Au vu des résultats de l'expertise amiable, l'établissement adressera au requérant une lettre reconnaissant ou non la responsabilité du centre et dans le cas d'une responsabilité reconnue proposera une transaction avec réparation indemnitaire.

Il peut exercer un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage.

Dans tous les cas, les actions tendant à mettre en cause la responsabilité du centre hospitalier se prescrivent par dix ans, à compter de la consolidation du dommage.

Préalablement à tout recours en indemnité devant le juge administratif, le requérant doit formuler auprès du directeur du centre hospitalier sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice.

Art 98. La commission des usagers

La commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. Elle est notamment composée de représentants d'usagers. Son fonctionnement est régi par un règlement intérieur. La commission des usagers a pris la décision d'établir un projet des usagers.

L'établissement accorde une importance toute particulière à la représentation des usagers et à leur participation en tant que partenaire à la démarche d'amélioration continue.

Art 99. Représentants des usagers

Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi les personnes proposées par les associations régulièrement déclarées, agréées et ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des patients en vue de défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Ces représentants doivent pouvoir être saisis aisément et de façon directe par les usagers. L'établissement réalise une information en ce sens. Les représentants des usagers sont au maximum intégrés dans les instances représentatives et dans les différents groupes de travail.

Art 100. La médiation

Un médiateur médecin et un médiateur non médecin sont désignés au sein de l'hôpital par le directeur. Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés parmi les médecins exerçant au centre hospitalier ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer au sein de la même structure médicale. Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés parmi le personnel non médical exerçant au sein du centre hospitalier.

Les rôles des médiateurs médecin et non-médecin sont les suivants

- le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service ;
- le médiateur non-médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Certaines plaintes peuvent motiver la saisie conjointe des deux médiateurs ;

Le médiateur rencontre le plaignant dans les huit jours de la saisine, sauf impossibilité pour le plaignant. Si la plainte est formulée par un patient hospitalisé, dans la mesure du possible, cette rencontre doit intervenir avant sa sortie de l'établissement ;
Le médiateur adresse dans les huit jours suivant la rencontre le compte-rendu de celle-ci au président de la commission des usagers, qui le transmet sans délai avec la plainte/réclamation aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ces documents, et après avoir le cas échéant rencontré le plaignant, la commission formule des recommandations en vue, soit :

- d'apporter une solution au litige.
- d'informer l'intéressé des voies de conciliation ou de recours.
- d'émettre un avis motivé de classement du dossier.

Dans le délai de huit jours après la séance de la commission, le directeur répond à l'auteur de la plainte/réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Ce courrier sera également transmis aux membres de la commission.

Une procédure détaille la mise en œuvre de ce dispositif. En parallèle, l'établissement encourage fortement les démarches de retour d'expérience patient et d'écoute patient en lien avec la Direction clientèle et la commission des usagers.

Art 101. Consentement aux soins

Sauf lorsqu'il fait l'objet d'une mesure de soins sans consentement, le patient prend avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé ni sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

Art 102. Dispositions pour les patients hors d'état d'exprimer leur volonté

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

Par ailleurs, le médecin doit tenir compte des directives anticipées rédigées par le patient pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement le concernant. Les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées. Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

Art 103. Refus des soins

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

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient.

Le refus d'hospitalisation correspond à un refus de soins, avec application de la même démarche. Le refus d'hospitalisation en psychiatrie peut justifier une démarche d'hospitalisation sans consentement.

La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un professionnel de l'hôpital.

Le médecin en informe immédiatement le directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, dans toute la mesure du possible.

Art 104. Prise en charge de la douleur

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Art 105. Droit aux soins palliatifs

Tout patient dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié dans le respect du libre choix. Les professionnels de santé du centre hospitalier mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Art 106. Dispositions spécifiques aux malades en fin de vie

Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés.

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches. Dans ce contexte, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs. Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

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

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

Art 107. Produits sanguins labiles

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles sont transfusés avec des produits homologues fournis par le site transfusionnel de l'établissement français du sang (EFS) auquel l'établissement hospitalier est rattaché.

Les patients devant subir une intervention chirurgicale programmée à court terme et pour laquelle les besoins en sang sont bien définis peuvent, s'ils ne présentent pas de contre-indications spécifiques, se faire prélever leur propre sang afin que soit préparé des culots globulaires pour une transfusion ultérieure. Dans le cadre de la transfusion autologue différée, les culots globulaires sont conservés par le site transfusionnel de l'EFS. Ces produits autologues sont exclusivement réservés aux patients correspondants. Si la quantité de sang prélevée se révèle insuffisante, la transfusion sera complétée avec du sang homologue.

Il n'est pas possible pour les patients de sélectionner un donneur parmi leurs proches ou leurs relations, cette pratique étant contraire à la règle de l'anonymat qui préside au don du sang. Seule la nécessité thérapeutique peut être invoquée, à titre exceptionnel, pour justifier le non-respect de ce principe.

Art 108. Sécurité transfusionnelle

Au cas où est diagnostiqué chez un patient un évènement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance de l'hôpital en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'EFS, en lui spécifiant les références des produits transfusés.

L'hôpital doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient impliqué dans une enquête transfusionnelle et dont il gère le dossier médical bénéficie des contrôles nécessaires. Le patient est tenu informé de sa situation.

L'hôpital établit pour chaque patient, qui bénéficie d'une transfusion sanguine, un dossier transfusionnel versé au dossier médical du patient.

Art 109. Recherches biomédicales

Les médecins et chirurgiens peuvent proposer aux patients de participer à une recherche biomédicale. La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches biomédicales doivent être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques. Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

Aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément selon les modalités prévues par la loi. Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi pour les personnes majeures sous tutelle, sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, ainsi que sur les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique. Les malades ou le cas échéant les représentants légaux sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation.

Art 110. Principes généraux prélèvements d'organes et de tissus

Les principes sont les suivants :

Consentement : aucun prélèvement, aucune collecte d'éléments ou de produits du corps humain ne peut être pratiquée sur un patient vivant sans son consentement préalable. Le patient, ou le cas échéant son représentant légal, peut révoquer son consentement à tout moment. En cas de décès, l'absence d'opposition du donneur potentiel doit être recherchée.

Gratuité : aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à une personne qui se prête au prélèvement et à la collecte d'éléments ou de produits de son corps. Les frais de prélèvement et de collecte sont intégralement pris en charge par le centre hospitalier, conformément à la réglementation.

Anonymat : le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un

produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

Art 111. Prélèvements et greffes d'organes

Le prélèvement et la greffe d'organes constituent une priorité nationale auxquels concourt, directement ou indirectement, l'hôpital. Un prélèvement d'organes sur une personne vivante, qui en fait le don, ne peut être réalisé que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Un tel prélèvement ne peut être effectué que sur un donneur répondant aux critères, notamment de parenté, prévus par la loi.

Un prélèvement d'organes sur un patient dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques.

Le prélèvement d'organes ou de tissus peut être pratiqué dès lors que le patient n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus pour un tel prélèvement. Ce refus peut être exprimé par tout moyen, notamment par l'inscription sur le registre national automatisé prévu par la loi et tenu par l'agence de la biomédecine. Il est révocable à tout moment.

Si l'équipe de la coordination hospitalière de prélèvement d'organe et de tissus (CHPOT) n'a pas directement connaissance de la volonté du patient en état de mort encéphalique, elle doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le patient, par tout moyen. Elle doit les informer de la finalité des prélèvements envisagés. Les proches doivent être informés de leur droit à connaître les prélèvements effectués.

Si le patient décédé est un mineur ou un majeur sous tutelle, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à condition que chacun des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou le tuteur y consente par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit.

Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe, d'autre part, doivent faire partie d'équipes médicales distinctes.

Les médecins qui ont procédé à un prélèvement sur un patient décédé sont tenus de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps. Les dispositions du présent article s'appliquent aux prélèvements et greffes de tissus.

Art 112. Autopsie médicale

Une autopsie médicale peut être pratiquée sur le corps d'un patient décédé, en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès.

Elle doit être pratiquée conformément aux exigences de recherche du consentement. Toutefois, à titre exceptionnel et dans des cas prévus par voie réglementaire, elle peut être réalisée en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort.

Art 113. Utilisation des prélèvements à des fins scientifiques

Sous réserve de dispositions légales spécifiques et sauf si le patient, dûment informé, s'y est opposé, l'hôpital est susceptible de conserver et d'utiliser des éléments et produits du corps humain à une fin médicale ou scientifique autre que celle pour laquelle ils ont été initialement prélevés ou collectés. Lorsque cette personne est un mineur ou un majeur sous tutelle, cette opposition est exercée par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Les prélèvements à des fins scientifiques ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'agence de la biomédecine.

Section 5. Conditions de séjour

Art 114. Règles générales concernant les patients hospitalisés

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité et des « engagements mutuels » entre patients et professionnels comme indiqué dans l'hôpital. Les patients doivent veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres malades ou le fonctionnement du service. Ils doivent observer strictement les règles d'hygiène.

Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte du centre hospitalier.

Ils doivent 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 le dépôt d'une plainte et/ou l'exclusion du patient pour motif disciplinaire.

Les patients peuvent se déplacer librement dans l'enceinte hospitalière, selon des modalités convenues avec les responsables de l'unité de soins, ceci dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier. Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients.

Les malades doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, l'hospitalisé pourra, s'il le souhaite, conserver ses vêtements et son linge personnel, à charge pour lui d'en assurer l'entretien.

Art 115. Respect des consignes d'hygiène

Afin de prévenir les infections associées aux soins, les patients, les accompagnants et les visiteurs sont tenus de respecter les consignes d'hygiène données par les équipes : lavage des mains à l'aide des solutions hydro alcooliques, protocoles de douches préopératoires, règles d'isolement prescrites ou affichées sur la porte de la chambre.

Les animaux domestiques sont formellement interdits dans les chambres. Les chiens-guides d'aveugles ou de malvoyants sont autorisés à pénétrer au sein de l'hôpital, dans les limites fixées par la réglementation.

Les plantes en pot sont interdites dans les chambres des patients. Seuls les bouquets bulles sont autorisés.

Art 116. Respect de la personne et de son intimité

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients affirmés par le code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés. Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré- et postopératoires, des radiographies, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

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

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers ou avec des patients mineurs.

L'hôpital prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Art 117. Dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs

Le patient (ou ses représentants légaux) est informé du régime de responsabilité applicable en cas de vol, de perte ou de détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément aux dispositions légales. Le patient est invité à n'apporter au sein de l'hôpital que les objets strictement utiles à son séjour. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux et qu'il ne doit conserver auprès de lui que les objets de faible valeur. Les effets personnels restent sous l'entière responsabilité des patients. Un coffre-fort est mis à disposition au sein des chambres et un dépôt peut aussi être réalisé au coffre de l'établissement.

Il est remis au patient un reçu des objets déposés au coffre de l'hôpital. En cas de vol, perte ou détérioration d'un de ses objets, l'établissement ne pourra être déclaré responsable qu'en cas de faute.

Pour les objets conservés par le patient sans l'autorisation du directeur, le centre hospitalier n'est responsable de leur vol, de leur perte ou de leur détérioration qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses personnels.

Le centre hospitalier n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Art 118. Médicaments apportés par le patient

Conformément aux procédures établies avec la pharmacie, au moment de l'admission, il est systématiquement demandé au patient de remettre à l'infirmière tous les médicaments qu'il aurait pu amener avec lui de son domicile. Ces médicaments sont mis en quarantaine. Le stockage se fait dans un espace réservé, sécurisé, identifié à cet effet et individualisé par patient. En cas de refus, ce point est notifié dans le dossier du patient et il est rappelé au patient les risques encourus en cas de prise de médicaments redondants ou d'interactions médicamenteuses non évaluables.

Art 119. Les repas

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient, soit collectivement, dans les locaux spécialement affectés à cet usage. Un repas peut être servi aux visiteurs, à leur demande et moyennant paiement et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé en fonction du coût réel des prestations fournies. Les menus sont arrêtés par une commission des menus comprenant, entre autres, une diététicienne. Ils sont communiqués à chaque service, en lien avec le comité de liaison alimentation – nutrition. Dans la mesure du possible, les croyances sont respectées. Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis. Lorsque la situation le nécessite, le recours à une alimentation avec une texture adaptée est proposé à la personne prise en charge

Art 120. Pratiques religieuses

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion.

Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients. Le centre hospitalier met à leur disposition un espace de recueillement pluriconfessionnel. Un représentant du culte est présent au sein de l'établissement et peut être contacté par l'intermédiaire du personnel du service. La liste des ministres des différents cultes, agréés par le directeur, est à la disposition des patients, sur simple demande de leur part.

Le référent laïcité veille au respect des pratiques au regard du principe de laïcité (charte de la laïcité).

Art 121. Missions du service social hospitalier

Le service social hospitalier, composé d'un cadre socio-éducatif, d'assistants socio-éducatifs et des secrétaires qui les assistent, est à la disposition des patients, des familles et des proches au sein de l'hôpital. Ce service participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge.

Il favorise le maintien ou l'accès aux droits sociaux et aide les patients, leur famille et leurs proches en cas de difficultés administratives ou juridiques en œuvrant au fonctionnement de la PASS (permanence d'accès aux soins de santé). Il prépare, en liaison directe d'une part avec les services administratifs et les pôles d'activités, et d'autre part avec les institutions, services, associations, travailleurs sociaux compétents, le maintien ou le retour à domicile ou, si besoin, l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée. Les assistants sociaux font le lien entre l'hôpital, ses pôles d'activités et la ville. Le service social informe, oriente, aide les patients (consultants ou hospitalisés) et leur famille, et leur assure écoute et soutien, dans le respect du secret professionnel. Il intervient au sein des différents pôles d'activités sous l'autorité du directeur dans le cadre du projet élaboré avec le patient en veillant à préserver son autonomie.

Art 122. Droit aux visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables des structures concernées. Le directeur en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. En-dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le directeur (avec délégation éventuelle aux cadres infirmiers), avec l'accord du responsable de la structure médicale concernée. Les horaires des visites sont affichés à l'entrée des unités.

Le droit aux visites peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état des patients. Ces restrictions par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités médicales ou à des patients faisant l'objet de précautions complémentaires d'hygiène ;
- pour les patients placés sous surveillance de la police ;
- compte tenu du comportement inapproprié du patient ou d'un visiteur ;
- dans le cadre de la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle.

Art 123. Recommandations aux visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement de l'hôpital. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients. Les patients peuvent demander à l'hôpital de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer ainsi que les règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux indiquées (en particulier l'hygiène des mains et les éventuelles consignes de l'unité sur le port du masque).

Il est interdit aux visiteurs d'introduire, dans les chambres des patients des boissons alcoolisées, des produits toxiques et des substances stupéfiantes, de quelque nature que ce soit. Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées,

incompatibles avec leur régime alimentaire. Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider l'expulsion du visiteur.

Art 124. Associations de bénévoles

Le centre hospitalier facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement du centre hospitalier et des activités médicales et paramédicales. Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein du centre hospitalier doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec l'hôpital une convention qui détermine les modalités de cette intervention. Elles doivent fournir au directeur une liste nominative des personnes qui interviendront au sein du centre hospitalier. Elles peuvent être associées à des groupes de travail de l'hôpital.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles se dotent d'une charte qui définit les principes qu'ils doivent respecter dans leur action. Ces principes comportent notamment le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité et l'absence de différence dans les soins.

Cette charte définit également les modalités de participation des associations aux actions de l'établissement et de présence au sein des services. Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale. Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent, avec l'accord du patient ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du patient et en confortant l'environnement psychologique et social du patient et de son entourage.

Art 125. Respect de la vie privée : droits de la personnalité

Les personnels, patients, visiteurs et autres tiers (prestataires, associations, journalistes, photographes) ne peuvent se livrer, dès lors qu'elle permet l'identification de personnes, à la captation d'attributs de leur personnalité et notamment de leur image ou leur voix sans l'autorisation expresse des intéressés ou celle de leur représentant légal. Les images et les voix sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur captation, à leur enregistrement ou à leur transmission. L'hôpital ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

L'accueil d'une personnalité à l'hôpital fait partie de l'axe 4 de la convention multipartite (hôpital, police, justice, mairie).

Art 126. Accès des professionnels de la presse et photographes

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes), des sociétés de production et des artistes, ainsi que les modalités d'exercice de leur profession au sein du centre hospitalier doivent préalablement faire l'objet d'une demande au directeur lorsque le sujet concerné a une portée institutionnelle. L'accès est conditionné à une autorisation écrite du directeur, donnée après avis du responsable de la structure médicale concernée.

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal.

Art 127. Accompagnant privé

L'autorisation de disposer d'un accompagnant privé doit être demandée par écrit par le patient ou sa famille. Elle est subordonnée à l'accord conjoint du médecin responsable de l'unité de soins et du directeur, qui peuvent à tout moment reporter cette décision. La personne autorisée à se tenir en permanence auprès du patient ne doit effectuer aucun soin médical ou paramédical. Les frais éventuels occasionnés par cette garde ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Cette précision doit être donnée au demandeur avant toute autorisation.

Art 128. Interdiction d'accès aux démarcheurs et enquêteurs

L'accès au sein du centre hospitalier des démarcheurs, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique. S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être exclus. Aucune enquête, notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

Art 129. Accès des visiteurs médicaux et représentants commerciaux

Les visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé ne peuvent accéder aux locaux et aux professionnels, y compris en formation, exerçant au sein de l'hôpital qu'avec l'accord exprès du responsable de la structure médicale, pôle ou structure interne de pôle dans laquelle ils sont amenés à intervenir. Cet accès s'effectue uniquement dans les conditions définies par une convention conclue avec l'hôpital. Il s'effectue dans le respect de la charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments établie par les entreprises du médicament et le comité économique des produits de santé. Ces visites doivent s'effectuer selon une planification déterminée. Les visiteurs médicaux doivent être référencés par l'hôpital et être identifiables. En cas de non-respect de ces dispositions, le directeur ou son représentant peut prononcer une interdiction d'accès à l'hôpital du visiteur médical ou de l'entreprise qu'il représente.

Art 130. Neutralité et laïcité du service public

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles (charte de la laïcité). Le référent laïcité peut être sollicité en cas de besoin.

Conformément à ce principe :

- les visites des élus dans l'enceinte du centre hospitalier ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- les réunions publiques, de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein du centre hospitalier sauf autorisation expresse du directeur.

Le service public est laïc. Il en résulte notamment que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein du centre hospitalier, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public. Le choix du médecin ou de la sage-femme par le patient ne peut être fondé sur des motifs discriminatoires.

Art 131. Droits civiques

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

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

Par ailleurs, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du centre hospitalier, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le procureur de la République.

Art 132. Droits à l'information

Tout usager de l'hôpital peut exercer son droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi. L'hôpital doit mettre à disposition et diffuser auprès des usagers les textes juridiques qui leur sont applicables.

Tout usager a également le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse administrative de l'agent chargé d'instruire sa demande ou de traiter l'affaire qui le concerne, sauf exception liée à la sécurité publique ou à la sécurité des personnes.

Art 133. Prestataires de service au sein de l'hôpital

Le directeur établit la liste des prestations de service proposées aux patients au sein du centre hospitalier et en définit les conditions d'accès et d'exploitation. Ces prestations sont mentionnées dans le livret d'accueil.

Art 134. Interdiction de pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leur famille à titre de gratification.

Art 135. Courrier

Le vaguemestre du centre hospitalier est à la disposition des patients hospitalisés pour toutes leurs opérations postales. La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et elle est organisée au sein de l'unité de soins. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement par le vaguemestre à leurs destinataires s'ils jouissent de la plénitude de leurs facultés mentales ; à défaut, ils sont remis en dépôt à la direction ou au mandataire judiciaire, notamment si le patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés destinés aux mineurs non émancipés leur sont distribués, sauf opposition des parents fondée sur l'intérêt de l'enfant.

Art 136. Jouets

Les jouets appartenant aux enfants hospitalisés ou qui leur sont apportés leur sont remis après accord du service.

Art 137. Téléphone et informatique

Des postes téléphoniques (le cas échéant, informatiques) peuvent, à leur demande, être mis à la disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation ou à proximité, de telle sorte que soit assurée la confidentialité des communications téléphoniques.

Le centre hospitalier définit par l'intermédiaire d'un prestataire les conditions d'accès spécifiques au réseau téléphonique, notamment en ce qui concerne la facturation. Les patients sont tenus de s'acquitter des taxes correspondantes.

En raison notamment des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents dans le centre hospitalier, les personnes en possession de téléphones portables sont tenues de les mettre et de les maintenir sur la position « arrêt » dans les locaux présentant ces risques et signalés comme tels. Par ailleurs, l'utilisation des téléphones

portables dans les locaux où elle n'est pas interdite est soumise le cas échéant à des restrictions spécifiques définies par la direction après avis des responsables médicaux concernés.

Les personnes faisant usage d'un téléphone portable au sein de l'hôpital doivent veiller à ne pas provoquer de ce fait de gêne pour les autres personnes, tout particulièrement en soirée et la nuit. Elles conservent personnellement leur téléphone, la responsabilité du centre hospitalier ne pouvant être engagée, sauf en cas de faute, en cas de vol, de perte ou de détérioration.

Sous réserve des dispositions de ce même article, les patients peuvent être autorisés à utiliser leur ordinateur portable. L'installation de ces matériels s'effectue sous leur seule responsabilité. Les patients peuvent obtenir un accès au réseau Wi-Fi mis à leur disposition par le prestataire de téléphonie moyennant redevance. Pour les patients mineurs, la demande peut être faite par un représentant légal.

Art 138. Usage des téléviseurs

Les patients désirant regarder la télévision dans leur chambre doivent en faire la demande auprès du personnel du prestataire. En chambre double, le port du casque est obligatoire. Des casques sont proposés à la vente par le prestataire. Les frais de location du poste de télévision leur sont facturables. Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage de récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne gêne le repos des autres patients. La direction peut être sollicitée pour les patients précaires par l'intermédiaire du service social.

Art 139. Animaux

L'interdiction d'introduction d'animaux domestiques dans l'hôpital ne fait pas obstacle à ce que des handi-chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte invalidité soient autorisés au sein de l'hôpital.

Section 6. Sortie des patients

Art 140. Autorisations de sortie temporaire

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé, de la longueur de leur séjour et sans préjudice de leur liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, d'une nuit maximum à l'extérieur. Ces autorisations sont données par le directeur, sur avis favorable du médecin responsable de la structure médicale concernée. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins. Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter le centre hospitalier ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'hôpital le porte « sortant », sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des disponibilités d'hébergement.

Pour les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement, les sorties relèvent des dispositions spécifiques définies par le code de la santé publique.

Art 141. Décision de sortie définitive

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins de l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur le dossier administratif et médical du patient. Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas. Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert et avoir donné son accord. Un rapatriement sanitaire peut aussi être organisé.

Le code de la santé publique précise le rôle du juge des libertés dans la levée des mesures de soins consentement. Ces décisions de levée s'imposent au directeur.

Art 142. Modalités de sortie

La sortie donne lieu à la remise au malade d'une lettre de sortie indiquant les dates de son séjour (sans mention du diagnostic ou de mention d'ordre médical) ainsi qu'à la délivrance des certificats médicaux nécessaires à la justification de ses droits et des ordonnances indispensables à la continuité des soins. Le médecin traitant reçoit toutes informations propres à lui permettre de poursuivre la surveillance du malade s'il y a lieu. Cette transmission peut se faire de manière dématérialisée par messagerie sécurisée.

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire peut être établie par un médecin hospitalier. Lorsque le coût du transport est à la charge du malade, le malade dispose du libre choix de l'entreprise ; la liste complète des entreprises de transport sanitaire agréées du département est tenue à la disposition des malades.

En cas de dépôt à la trésorerie, le malade ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter au cours des heures d'ouverture pour effectuer le retrait de l'argent et/ou des objets de valeur.

Art 143. Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées sous contrainte pour troubles mentaux, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le centre hospitalier.

Toutefois, si le praticien hospitalier responsable de la structure médicale concernée estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures de sortie contre avis médical. Le patient doit alors signer une décharge

consignant sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès- verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable de la structure médicale concernée peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

Art 144. Sortie à l'insu de l'unité de soins

Au cas où un patient quitte l'hôpital sans prévenir, le signalement doit être fait par l'unité de soins dans les plus brefs délais conformément à la fiche de signalement de l'axe 3 de la convention tripartie (hôpital, police, justice). Des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, du centre hospitalier et de ses abords immédiats avec l'appui de l'équipe sécurité. Si les recherches sont restées vaines et s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes), le directeur ou son représentant dûment habilité doit prévenir le commissariat de police. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient. Une photo du patient peut être publiée après autorisation de la famille de ce dernier.

Un courrier peut être adressé au patient à son domicile (ou à son représentant légal) afin de l'informer des dangers résultant de sa sortie à l'insu du service. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant. Une copie de ces lettres est conservée dans le dossier médical du patient. La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté le centre hospitalier.

Art 145. Sortie sans avis médical

Lorsqu'un patient ayant fait l'objet d'une admission administrative quitte le centre hospitalier avant d'avoir pu être examiné par un médecin, la sortie sans avis médical est déclarée dès que la situation a été déclarée. Cette situation est tracée dans le dossier médical du patient.

Art 146. Sortie des nouveaux nés

L'enfant quitte le centre hospitalier en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants hospitalisés en néonatalogie, en cas de décision de placement en lien avec l'assistante sociale ou en cas de force majeure. Ces cas sont constatés par le médecin responsable de la structure médicale concernée.

Art 147. Sortie par mesure disciplinaire

La sortie d'un patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur. Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, afin d'en assurer la continuité.

Section 7. Frais de séjour

Art 148. Information

Le patient ou sa famille a droit à une information sur les frais auxquels il pourrait être exposé à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et sur les conditions de leur prise en charge.

Pour toute prise en charge effectuée, le patient reçoit un document l'informant du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et le cas échéant de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter.

Art 149. Tarif des prestations

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, facturable et facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou le cas échéant à un tiers payeur. Ces tarifs sont regroupés et disponibles dans le guide des tarifs.

Certains secteurs ou activités peuvent ne pas faire l'objet de facturation au patient, conformément à la réglementation (structures ambulatoires de psychiatrie adulte et infantile par exemple).

Art 150. Forfait journalier

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une participation financière du patient à ses frais de séjour. Il n'est pas compris dans les tarifs des prestations : il est facturable en sus. Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour. Le directeur veille à ce que le patient soit informé de ces règles.

Art 151. Paiement des frais de séjour et provisions

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée au centre hospitalier par le patient ou par un tiers payeur. Les patients sans couverture assurantielle sont tenus, sauf les cas d'urgence, de verser, au moment de leur admission au sein de l'hôpital, une provision renouvelable, calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration de la période d'hospitalisation prévue, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les patients étrangers non-résidents sont tenus au dépôt d'une provision égale à la totalité des frais prévisibles de leur hospitalisation, sauf s'ils remettent un document attestant la prise en charge par les autorités ou organismes sociaux de leur pays d'origine, et accepté par le centre hospitalier.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la trésorerie du centre hospitalier exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Art 152. Régime commun et régime particulier

L'hôpital comporte dans les conditions prévues par le code de la santé publique deux régimes d'hospitalisation, le régime commun et le régime particulier lequel comprend des chambres à un lit et relève d'une tarification spécifique définie dans le guide des tarifs. Le régime commun est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat et aux bénéficiaires des soins urgents. Lorsque l'état d'un malade requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais tout en demeurant placé sous le régime commun.

Art 153. Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les patients hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année et disponible dans le guide des tarifs. Cependant la mise à disposition d'un lit accompagnant ne donne pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant de moins de 16 ans, un patient atteint de troubles psychiques nécessitant un accompagnement ou un patient en fin de vie.

Section 8. Dispositions relatives aux naissances et décès

Art 154. Déclaration de naissance

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée par le père, la mère ou autre personne ayant assisté à la naissance, dans les cinq jours suivant l'accouchement.

Un document déclaratif est établi à cet effet par le médecin ou la sage-femme, sur les indications recueillies auprès de la mère du nouveau-né.

La déclaration de naissance d'enfants nés avant l'arrivée au centre hospitalier fait l'objet d'une procédure particulière. La déclaration de naissance est remise à la patiente (ou autre personne ayant assisté à l'accouchement) pour lui permettre d'effectuer l'enregistrement de naissance en mairie.

La personne émarge alors sur le registre de déclaration la bonne réception du document avec la date limite d'enregistrement à l'état civil.

Si la patiente quitte l'établissement sans que l'enregistrement de la naissance ne soit effectué auprès de la mairie, un document de décharge est dûment rempli

Art 155. Déclarations dans les cas de situations périnatales spécifiques

Si l'enfant est né vivant et viable, mais qu'il est décédé avant l'enregistrement de sa naissance à l'état civil, le médecin renseigne un certificat de décès néonatal spécifique qui se rajoute à la déclaration de naissance préalablement établie L'officier d'état civil établira alors, de manière concomitante, au vu des deux documents, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants pour une gestation d'au moins 22 SA (semaines d'aménorrhée) ou un poids d'au moins 500g.

Si l'enfant est né vivant mais non viable (hors délai d'IVG et avant 22SA) un certificat médical d'accouchement est établi par le médecin ou la sage-femme. L'acte d'enfant né sans vie sera établi par l'officier d'état civil sur présentation du dit document Cette démarche est seulement obligatoire si la famille souhaite organiser des obsèques pour le défunt. En dehors de ce cas de figure il n'existe pas de délai pour effectuer cet enregistrement à la mairie.

Si l'enfant est né sans vie un certificat médical d'accouchement est établi par le médecin ou la sage-femme. L'acte d'enfant né sans vie sera établi par l'officier d'état civil sur présentation du dit document Cette démarche est seulement obligatoire si la famille souhaite organiser des obsèques pour le défunt. En dehors de ce cas de figure il n'existe pas de délai pour effectuer cet enregistrement à la mairie.

Art 156. Attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et que le décès paraît imminent, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai, par un médecin ou à défaut un agent de l'hôpital dûment habilité et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de son état.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent demeurer en dehors des heures de visite.

Art 157. Constat du décès

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions réglementaires, par un médecin de l'hôpital. Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens.

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 président du conseil départemental ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- pour les personnes sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.
-

Art 158. Formalités entourant le décès

Dès que le décès est constaté, le personnel infirmier du service :

- procède à la toilette du patient décédé avec toutes les précautions convenables ;
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le patient ;
- rédige un bulletin d'identité du corps ;
- appose sur le corps un bracelet d'identification.

Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir un certificat de décès par voie électronique dans les formes réglementaires, dans les 48h suivant le décès qui est transmis automatiquement à la mairie.

Le reposoir veille au suivi :

- du registre des décès de l'hôpital ;
- du registre de suivi des corps ;

- du lien avec la commune pour le registre d'enregistrement des décès.

Art 159. Indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le médecin établit un certificat de décès avec obstacle médico légale. Le directeur de l'hôpital, prévenu par le médecin responsable de la structure médicale concernée, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire.

Art 160. Dépôt des corps à la chambre mortuaire

Après réalisation de l'inventaire des biens, le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire. De là, il ne peut être transféré hors de l'hôpital que dans les conditions et avec les autorisations prévues par la loi.

Quand les circonstances le permettent, la famille peut demeurer auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Dans toute la mesure du possible, cet accès est organisé dans un lieu spécialement préparé à cet effet et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement.

Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit également se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences. Avant toute présentation, les agents de l'hôpital et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière. La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur spécifique qui est affiché dans les locaux à la vue du public.

Art 161. Objets abandonnés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux agents de l'hôpital. Les objets de valeur sont remis à la trésorerie qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt.

Lorsque les personnes décédées au sein du centre hospitalier y ont été traitées gratuitement, les effets qu'elles ont apportés appartiennent de droit au centre hospitalier. Si un dépôt avait été effectué avant le décès, c'est le seul Trésor Public qui peut restituer ce dépôt aux héritiers sur justification de leurs droits.

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. 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. Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, de titres et de valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente.

Le service des Domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété du centre hospitalier. Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par le centre hospitalier, en qualité de dépositaire, pendant une durée de cinq ans après le décès des intéressés. À l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits. Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public, cinq ans après la cession par le service des Domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part des héritiers du patient décédé ou de ses créanciers.

Art 162. Transport de corps sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire doivent intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès. Une déclaration écrite préalable doit être effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps. Cette déclaration indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps.

Le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur production d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le patient décédé n'était pas atteint de l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé, après accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès.

Art 163. Transport de corps sans mise en bière au domicile du défunt

Tout transport sans mise en bière préalable n'est possible que dans le délai de 48 heures à compter du décès. Sauf cas particulier, le départ du corps doit avoir lieu à partir de la chambre mortuaire du centre hospitalier au cours de ses plages horaires d'ouverture.

Un tel transport sans mise en bière peut s'effectuer à destination du domicile du défunt ou d'un membre de sa famille mais également du centre hospitalier vers une chambre funéraire; il peut aussi s'avérer nécessaire du centre hospitalier vers un hôpital extérieur dans le cadre de la recherche des causes du décès d'un patient ou encore dans des circonstances exceptionnelles (par exemple, absence de place disponible dans la chambre mortuaire du site de décès).

Toutefois, le médecin responsable de la structure médicale en charge du patient peut s'opposer au transport au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille s'il estime que :

- le décès soulève un problème médico-légal ;
- l'état du corps ne permet pas un tel transport ;
- le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures sanitaires particulières et visées par arrêté ministériel. Le médecin doit dans ce cas avertir sans délai et par écrit la famille et le directeur de son opposition.

Dans ces diverses hypothèses, le transport de corps sans mise en bière d'un patient décédé au centre hospitalier de Cannes doit être autorisé par le directeur, sans autorisation formelle du maire, lorsque le lieu d'accueil est situé sur le territoire de la commune du lieu de décès. Cette

déclaration indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom, l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps. Cette autorisation est subordonnée aux conditions médicales et médico-légales fixées par la réglementation.

L'autorisation du maire devient nécessaire en cas de transport sans mise en bière hors de la commune du lieu de décès ; dans ce cas, un bracelet d'identification doit en outre être apposé sur le corps par un fonctionnaire de police. Cette autorisation du maire est aussi nécessaire lors d'un deuxième transport du corps sans mise en bière au sein de la commune.

Art 164. Mise en bière et transport après mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du patient décédé est mis en bière. En principe, le corps du malade décédé est mis en bière dans la chambre mortuaire avant son transport pour inhumation ou incinération. Si le patient décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, l'opérateur de pompe funèbre doit s'assurer au préalable de son retrait.

Après accomplissement auprès de la commune des formalités prévues par le code civil concernant la déclaration de décès, l'autorisation de fermeture du cercueil et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil. Quelle que ce soit la destination, le transport du corps en cercueil après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente, soit le maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil, soit le préfet du département quand le corps doit être transporté en dehors du territoire métropolitain.

Art 165. Opérations funéraires

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service, auquel elles règlent directement les frais de convoi et d'obsèques. Le centre hospitalier tient à la disposition des familles la liste des opérateurs funéraires (régies, entreprises, associations) habilités, par agrément préfectoral, à fournir les prestations du service des pompes funèbres, ainsi qu'un guide des formalités à accomplir. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Sont strictement interdites toutes pratiques d'offre de services ou de démarchage qui seraient effectuées au sein du site en prévision d'obsèques pour obtenir ou faire obtenir la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès.

Il est également strictement interdit aux professionnels du centre hospitalier qui – à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions – ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, promesses, dons, présents ou avantages – de quelque nature que ce soit – pour faire connaître le décès aux opérateurs funéraires ou pour recommander aux familles les services d'un de ces opérateurs.

L'inhumation doit avoir lieu six jours au plus, après le décès (dimanche et jour férié non compris), sauf dérogation préfectorale limitée à des circonstances particulières. Lorsque, dans un délai de dix jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, le centre

hospitalier fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, le centre hospitalier applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Le reposoir précise les modalités de l'accès des familles et des personnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités. Il garantit la possibilité aux familles de se recueillir en fonction de l'occupation des salons.

Art 166. Liberté des funérailles, dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté individuelle fondamentale. Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques. Leur volonté doit être strictement respectée.

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein du centre hospitalier afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel de l'unité de soins peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leurs volontés.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au centre hospitalier au profit de structures médicales de leur choix. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Qu'il s'agisse du centre hospitalier et des structures médicales bénéficiaires ou de toute autre condition émise par les patients, l'établissement respectera leurs volontés.

Sous réserve des dispositions du code civil, les administrateurs, médecins et agents du centre hospitalier ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein du centre hospitalier. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée pour les libéralités faites en leur faveur au cours de cette maladie.

En l'absence de volonté laissée par le patient avant son décès et en cas de désaccord au sein des membres de la famille du défunt, ces derniers peuvent saisir le tribunal d'instance, compétent pour les contestations sur les conditions des funérailles.

Art 167. Opérations funéraires - enfants décédés dans la période périnatale

Pour les enfants nés vivants et viables et ayant donné lieu à un acte de naissance et à un acte de décès, l'inhumation ou la crémation du corps est obligatoire et s'effectue à la charge de la famille selon les prescriptions fixées par la législation funéraire. La commune est tenue de prendre en charge les frais d'obsèques des personnes dépourvues des ressources suffisantes. Elle peut le cas échéant aider financièrement les familles en difficulté.

Si la famille détient un acte d'enfant sans vie, elle peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. La famille dispose, à compter de l'accouchement, d'un délai de dix

jours pour réclamer le corps de l'enfant. Dans ce cas, le corps de l'enfant est remis sans délai à la famille.

En cas de non-réclamation du corps dans le délai de dix jours, l'établissement dispose de deux jours francs pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci que le nouveau-né ait été déclaré ou non à l'état civil.

Le choix de l'entreprise de pompes funèbres ou du crématorium par l'établissement se fait dans le respect du code des marchés publics.

Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de dix jours et de deux jours visés aux alinéas précédents sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement.

Quelle que soit la décision prise par la famille en matière de prise en charge du corps, le personnel hospitalier doit veiller à proposer, sans l'imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil. Dans tous les cas, le centre hospitalier est tenu d'informer la famille sur les différentes possibilités de prise en charge du corps.

Art 168. Don du corps

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main. La démarche de don peut être entreprise auprès d'un établissement de soins, d'enseignement et de recherche acceptant les dons de corps. En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le patient avant son décès.

Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès. Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination. Pour être valable, un éventuel document d'annulation du don doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement au don, par la personne décédée.

Section 9. Dispositions particulières aux résidents

Art 169. Dispositions particulières aux USLD et EHPAD

L'ensemble des dispositions du présent règlement s'applique aux unités de soins de longue durée (USLD) et structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Toutefois les besoins spécifiques des personnes accompagnées dans ces unités rendent nécessaires de préciser et d'adapter certaines des dispositions relatives à leur séjour. Les personnes accompagnées dans ces unités (âgés de plus de 60 ans ou non) doivent avoir accès à tous les soins nécessaires, être associées autant que possible aux décisions qui les concernent et ne subir aucune discrimination. Les dispositions relatives aux droits des patients sont applicables.

Des documents spécifiques reprennent aussi pour les structures d'hébergement :

- Le libre choix de la personne en perte d'autonomie
- Les valeurs fondamentales du projet de vie/soins ainsi que la charte de la personne accompagnée (notamment le respect de la liberté, dignité, intimité et vie privée) ;
- Les conditions de fonctionnement dont le fonctionnement du conseil de vie sociale ;
- Les éléments relatifs à l'admission : procédure d'admission, dossier, rencontre famille, contrat de séjour, engagement de paiement, dépôt d'objets et de valeur, assurance responsabilité civile, facturation ;
- Les tarifs (participation financière) et allocations applicables ;
- Les règles de sécurité et de protection des majeurs notamment ceux en situation de vulnérabilité (altération des facultés mentales ou toute autre forme de dépendance) ;
- L'organisation des soins et la vie dans le service;
- Les droits et devoirs des résidents ;
- Les conditions hôtelières (mobilier, téléphonie, restauration, linge) ;
- Les activités et loisirs ;
- Les interruptions temporaires de séjour ;
- Les relations avec l'extérieur (familles) et éléments relatifs aux visites et à la sortie.

Les frais de séjour se décomposent en trois éléments: le forfait soins qui correspond à la tarification des soins médicaux et paramédicaux dispensés, le tarif dépendance qui correspond à aux frais liés à la dépendance, le tarif hébergement qui correspond aux prestations hôtelières fournies. L'admission peut se faire à titre payant ou au titre de l'aide sociale aux personnes âgées. Toutes les places de l'établissement sont habilitées à l'aide sociale. Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les résidents ou leurs familles au titre de la gratification.

L'accueil du résident est organisé de telle façon que son installation s'effectue dans de bonnes conditions. L'établissement veille à ce que le résident reçoive l'aide qui lui est nécessaire pour ce qui touche à sa santé, son confort et sa vie quotidienne. Le directeur peut autoriser les résidents à apporter des objets personnels après inventaire. Toutefois l'installation de ces objets ne doit pas engendrer de gêne à l'occasion des soins et de l'entretien de la chambre, ni constituer un obstacle à la sécurité des locaux (conformité aux normes de sécurité incendie notamment).

Chaque nouveau résident s'engage à respecter les règles. Il s'engage à respecter la tranquillité des autres résidents et ne créer aucun désordre au sein de la structure. Un résident qui refuserait d'observer les prescriptions du règlement intérieur ou dont la conduite serait une cause de désordre permanent pourrait, après en avoir été averti par le directeur, soit être changé d'unité, soit être transféré dans un autre établissement soit être exclu de l'établissement.

Chapitre 3

DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

Les dispositions régissant les personnels exerçant dans les établissements de santé sont définies dans le code général de la fonction publique et le code de la santé publique.

Les lignes directrices de gestion et l'ensemble des notes d'information publiés par l'établissement et mis à disposition sur intranet font partie intégrante du règlement intérieur concernant les dispositions relatives aux personnels.

Les personnels sont tenus de se conformer à leurs fiches de poste.

Section 1. Principes fondamentaux : respect du patient

Art 170. Demande d'information

Tout professionnel a le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers en toutes circonstances et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement.

Art 171. Accueil et respect du libre choix des familles

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances, ce qui est repris dans une charte d'accueil formalisée. Le libre choix des patients et des résidents, ainsi que des familles doit être rigoureusement respecté, notamment lorsqu'ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, à des opérateurs funéraires ou à des prestataires d'aides et services à la personne. De même les personnels de l'hôpital s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé. Le personnel ne peut en aucun cas favoriser, recommander ou appeler une société particulière.

Art 172. Secret professionnel

Institué dans l'intérêt des malades, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel est un principe fondamental. Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du centre hospitalier.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans les conditions suivantes : la personne et, le cas échéant, son représentant légal, est dûment informée, en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels autorisés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès.

Le secret est un principe fondamental. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales. Il ne peut y être dérogé que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi :

- la déclaration de naissance ;
- le certificat de décès ;
- la déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur liste arrêtée par décret ;
- la déclaration des infections sexuellement transmissibles ;
- le certificat d'accident du travail ;
- le certificat de maladie professionnelle ;
- le certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation ;
- la déclaration visant au placement d'un majeur sous sauvegarde de justice ;
- la déclaration de l'état dangereux des alcooliques ;
- le certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge ;
- la déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication, pour les patients toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique.

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants : pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique et pour porter à la connaissance du procureur de la République et en accord avec la victime les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de quelque nature ont été commises.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement. Les professionnels de santé ou d'action sociale peuvent également s'affranchir de leur obligation de secret pour informer le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Les fonctionnaires en exercice au sein du centre hospitalier sont tenus par les dispositions de l'article 40 du code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informé le directeur dans les plus brefs délais.

Art 173. Obligation de réserve et de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels du centre hospitalier sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et les informations dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. En-dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

Ces dispositions s'appliquent tout particulièrement à travers l'utilisation des réseaux sociaux ainsi qu'à l'égard des journalistes, des agents d'assurance et des démarcheurs.

Les personnels sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs et discourtois, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres professionnels du centre hospitalier.

Art 174. Respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience et d'opinion doit être respectée. Aucune propagande, prosélytisme ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leurs familles.

Art 175. Principe de neutralité

Le principe de neutralité s'impose à tout le personnel. Il est interdit de manifester dans l'exercice de ses fonctions ses croyances religieuses notamment en portant un signe ostentatoire destiné à marquer son appartenance à une religion. Tout professionnel doit s'abstenir de manifester ses opinions, son appartenance, ses croyances, dans le cadre de ses fonctions.

Art 176. Sollicitude envers les patients

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients et des résidents dont ils ont la charge. Ils prêtent une attention toute particulière à délivrer une information aux usagers dans les situations d'attente.

D'une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers. Le soulagement de la souffrance des patients et des résidents doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

Art 177. Promotion de la bientraitance

Les personnels du centre hospitalier agissent dans le souci du patient. Ils sont attentifs à ses besoins et à ses demandes, respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits du patient et l'amélioration de sa vie quotidienne. Le centre hospitalier veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives. Une vigilance toute particulière est portée par les professionnels à toute forme de « maltraitance ordinaire » et au signalement immédiat de toute forme de maltraitance.

Section 2. Principes de bonne conduite professionnelle

Art 178. Respect des conditions réglementaires de travail

Tout professionnel doit se conformer aux dispositions du règlement intérieur et aux règles relatives à la fonction publique hospitalière. Tout manquement expose aux sanctions administratives ou disciplinaires en vigueur.

Art 179. Obligation de désintéressement

Il est strictement interdit à tout membre du personnel de l'hôpital, par lui-même ou par personne interposée, d'avoir dans une entreprise ou un opérateur public en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance. Sont applicables dans ce domaine des sanctions disciplinaires et pénales.

Constitue un conflit d'intérêt toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés, qui est de nature à influencer ou paraitre influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif des fonctions.

Art 180. Limitation de l'exercice d'une activité lucrative

Les personnels de l'hôpital sont tenus de consacrer l'intégralité de leur activité professionnelle à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération ainsi que sur l'activité libérale des praticiens à temps plein. Les dérogations aux cumuls sont possibles dans des situations précises et sont soumises à l'examen préalable de l'administration gestionnaire qui, le cas échéant, saisit la commission de déontologie.

Art 181. Interdiction de bénéficier de prestations en nature ou en espèces

Il est formellement interdit aux personnels de recevoir des prestations en nature ou en espèces sous quelque forme que ce soit de façon directe ou indirecte procurée par des entreprises assurant des prestations.

Les professionnels ne peuvent accepter des malades ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service ou autre gratification sous quelle que forme que ce soit.

Art 182. Obligation de déposer les biens confiés par les malades ou trouvés

Aucun professionnel ne doit conserver des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés exceptionnellement par des malades. Après inventaire, ces objets (hors clés et téléphone) doivent être déposés sans délai auprès du régisseur de l'hôpital ou en dehors des heures d'ouverture de la régie dans les coffres destinés à cet usage.

Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein de l'hôpital est directement remis au responsable de la sécurité afin qu'il en organise la centralisation et en assure la restitution en lien avec la direction de l'établissement.

Art 183. Travail en équipe et respect mutuel

Les professionnels du centre hospitalier sont constamment amenés à travailler en équipes pluridisciplinaires. L'institution assure la promotion d'un certain nombre de valeurs communes du travail en équipe afin d'améliorer la qualité du « prendre soin » des patients et des résidents, en développant des compétences collectives et en facilitant l'intégration des futurs collègues dans une attitude de respect mutuel.

Les professionnels ne doivent en aucun cas porter atteinte à la dignité de leurs collègues de tout grade par un comportement déplacé ou des propos agressifs, diffamatoires ou discriminatoires. Le fait pour un professionnel d'adopter, directement ou indirectement, un comportement irrespectueux de nature à perturber le bon fonctionnement du service peut constituer une faute professionnelle, qui est alors susceptible de donner lieu à des poursuites disciplinaires. Ces règles de conduite prévalent également sur les réseaux sociaux.

Art 184. Assiduité et ponctualité

Tout professionnel est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité strictement nécessaires au bon fonctionnement du service public hospitalier et à l'exigence de continuité.

Il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national et fixés par tableaux de services. Aucun professionnel ne peut se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification d'horaire si les nécessités de service l'imposent.

En cas d'absence rendant impossible la prise de poste ou la reprise des fonctions, tout professionnel est tenu d'en informer en amont sa hiérarchie et de fournir aux directions concernées les justificatifs réglementaires.

Art 185. Exécution des instructions reçues – obéissance hiérarchique

Tout professionnel de l'hôpital, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches et missions qui lui sont confiées. Il a obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité d'autrui.

La subordination hiérarchique impose également de se soumettre au contrôle de son supérieur hiérarchique. Le pouvoir hiérarchique s'exerce à la fois sur l'activité du service (instructions de travail) et sur son organisation (missions, affectation de chaque professionnel). Les instructions peuvent être orales ou écrites.

L'obligation d'obéissance peut être levée lorsque l'ordre donné est manifestement illégal et susceptible de compromettre gravement l'intérêt public. Elle peut aussi être levée lorsque le professionnel a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Il peut alors faire valoir son droit de retrait et se retirer de cette situation Elle peut enfin être levée en cas de harcèlement.

En cas d'empêchement d'un professionnel chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre professionnel ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

Concernant le corps infirmier, il faut préciser que celui-ci applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur ainsi que le protocole thérapeutique et les soins d'urgence déterminés, dans le respect des règles professionnelles applicables au corps infirmier.

Art 186. Information du supérieur hiérarchique

Tout professionnel doit informer son supérieur hiérarchique dans les meilleurs délais des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service ainsi que des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail.

Toute absence pour congés ou autorisations d'absence diverses doit faire l'objet d'un accord délivré par le responsable hiérarchique. Tout professionnel peut être amené à effectuer des débordements horaires ou heures supplémentaires sur demande ou après validation de l'encadrement.

Art 187. Obligation de signalement des incidents ou risques

Tout professionnel qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler. Il adresse immédiatement son signalement à la vigilance

concernée selon les procédures définies par la direction via le logiciel de signalement. En cas d'évènement indésirable grave, le professionnel en informe parallèlement immédiatement la direction.

Par ailleurs, un professionnel qui a personnellement connaissance de certains faits ou actes répréhensibles peut effectuer un signalement. L'acte ou le fait visé doit concerner l'organisme qui l'emploie et constituer : un crime ou un délit, ou une menace ou un préjudice grave pour l'intérêt général (par exemple, en matière de santé publique, d'environnement, de sécurité des biens et des personnes, etc.), ou une violation grave et manifeste d'un engagement international ratifié ou approuvé par la France, d'une loi ou d'un décret.

Art 188. Déontologie

Conformément aux dispositions légales en vigueur, les professionnels doivent s'assurer de leur inscription au tableau de l'ordre professionnel s'ils en relèvent. Ils ont l'obligation de respecter les règles déontologiques de leurs ordres respectifs ainsi que la charte du patient hospitalisé. Les autres professionnels doivent également veiller à l'enregistrement de leurs diplômes auprès des autorités sanitaires et notamment si leur profession n'est pas dotée d'une structure ordinale.

Art 189. Principe de laïcité

La liberté de conscience est garantie aux professionnels, qui doivent exercer leurs fonctions dans le strict respect du principe de laïcité.

Des autorisations d'absence exceptionnelles pour participer à une fête religieuse non prévue par le calendrier des jours fériés peuvent être sollicitées auprès de leur encadrement, leur accord est liée aux nécessités de service.

Art 190. Identification des professionnels

L'identification pendant l'exécution du service (nom, qualité service) permet d'assurer une meilleure communication avec les patients et leur famille et aussi de renforcer la culture sécurité. Ce principe s'applique y compris les personnes bénévoles, les étudiants et les prestataires. Le port du badge est fortement recommandé.

Art 191. Actualisation de la situation administrative

Tout changement de situation administrative (adresse, téléphone, situation familiale, etc.) doit être signalé sans retard par les professionnels à la direction en charge de leur suivi administratif.

Art 192. Responsabilité des effets et biens personnels

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels. Il doit veiller à ne pas apporter sur le lieu de travail des objets de valeur.

Art 193. Respect des biens et des locaux

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'hôpital ainsi que leurs tenues professionnelles mises à disposition.

Toute dégradation volontaire causée par la faute ou la négligence du personnel amènera l'établissement à demander réparation pécuniaire auprès des fautifs.

Il est interdit de prélever à des fins personnelles quoi que ce soit dans les services et dans l'établissement (nourriture, médicaments, matériel, équipements, linge…). Il est interdit d'utiliser la téléphonie pour des usages personnels sauf pour motif grave.

Tout professionnel détenteur de clés associées à des locaux de l'établissement doit veiller à les conserver jusqu'à son départ et les restituer avec son badge au moment de son départ.

Art 194. Bon usage du système d'information

Chaque professionnel, dans ses propres situations de travail, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. L'usage est professionnel. Le téléchargement de logiciels, de musiques, de vidéos, non lié directement à l'activité professionnelle, est interdit. Il est interdit d'installer sur un ordinateur quelque logiciel que ce soit sans avoir obtenu l'autorisation de la direction du système d'information. Le centre hospitalier dispose d'une charte informatique (annexe), dont les règles et obligations qu'elle définit s'appliquent à tout utilisateur des moyens informatiques internes à l'établissement ou externes, accessibles via les réseaux informatiques du centre hospitalier.

Le poste de travail est sous la responsabilité des professionnels qui en ont l'usage. Ils doivent en assurer la protection et empêcher toute utilisation par des personnes non habilitées, notamment à travers l'actualisation régulière du mot de passe et la fermeture des sessions informatiques. Les professionnels doivent respecter les règles d'hygiène informatique et signaler tout élément suspect à l'équipe informatique.

Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable. En particulier des contrôles aléatoires de personnes ayant accédé à un dossier patient informatisé peuvent être réalisés.

Art 195. Utilisation du téléphone portable et des réseaux sociaux

Pour des raisons d'hygiène et de respect des patients, l'usage du téléphone portable ainsi que l'utilisation des réseaux sociaux à des fins non professionnelles est prohibée pendant le service, hors horaire de pause. L'utilisation abusive et exagérée à des fins personnelles peut justifier une sanction disciplinaire.

La divulgation d'information relative au fonctionnement hospitalier ou aux patients accueillis sur les réseaux sociaux, en dehors de toute action de communication institutionnelle, peut faire l'objet de sanctions.

Art 196. Identité visuelle

L'hôpital est doté d'une identité visuelle qui témoigne de son unicité et de ses responsabilités, notamment exprimée par son logo et sa charte graphique. Les personnels veillent en toutes circonstances au respect de cette identité dans l'exercice de leurs fonctions et dans les actions de communication qui les accompagnent, en lien constant avec le service de communication.

Art 197. Recours à un véhicule de service

L'utilisation d'un véhicule de service doit répondre aux stricts besoins du service. Tout professionnel amené à conduire un véhicule de service dans le cadre de ses fonctions doit être titulaire d'un permis de conduire valide et doit immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut faire l'objet.

Pour conserver un bon état technique et une bonne gestion du parc automobile, il est indispensable que l'utilisateur respecte les règles essentielles de sécurité routière à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. Il doit rendre le véhicule en état de propreté et signaler de manière circonstanciée tout accident, accrochage ou dysfonctionnement dans les meilleurs délais, utilisant le contrat amiable le cas échéant.

Le professionnel assure la traçabilité des déplacements. Il doit aussi informer son supérieur hiérarchique des contraventions dont il aurait été l'objet lors de la conduite du véhicule de service. En cas d'infraction au code de la route avec un véhicule de service entrainant une amende l'intéressé doit s'en acquitter.

Art 198. Audition en justice ou auprès de la police

Tout professionnel appelé à être entendu en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service doit prévenir immédiatement le directeur de l'établissement et l'informer des suites à l'issue de l'audition.

L'axe 2 de la convention multipartite (hôpital, police, justice, mairie) précise : Le médecin et ses collaborateurs ne peuvent être déliés du secret médical qui présente un caractère absolu. La comparution est une obligation dans le cadre d'une enquête ou d'un procès. Toutefois, pour des raisons qu'il apprécie en conscience, le personnel soignant, dans le cadre d'une procédure judiciaire, peut refuser de parler en se référant à la notion de secret professionnel. Il faut tenir compte dans le cas d'espèce des éléments suivants : hormis les exceptions (secret professionnel),

la forme que prend le témoignage ne doit pas faire obstacle à la manifestation de la vérité, provoquer d'entrave au bon fonctionnement de la justice, laisser condamner un innocent.

Art 199. Préservation des preuves

L'axe 2 de la convention convention multipartite (hôpital, police, justice, mairie) rappelle la conduite à tenir par les professionnels pour préserver les preuves en cas de présomption de délit ou de crime (méthodologie de sauvegarde des lieux, des objets, des traces, des indices.

Art 200. Lutte contre les nuisances sonores

Chaque professionnel doit par son comportement participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit dans les unités de soins et d'une manière générale dans l'enceinte de l'établissement.

Art 201. Exigence d'une tenue et d'un comportement corrects

Une tenue irréprochable dans l'habillement comme dans les actes et le langage est exigée de l'ensemble du personnel. La familiarité à l'égard des patients est formellement proscrite. Tout acte de violence, d'agression ainsi que toute discrimination sont interdits et passibles de sanctions.

Une attention particulière doit être portée à l'hygiène corporelle par les professionnels. Le personnel soignant doit avoir les cheveux propres, courts ou attachés et relevés, ainsi que des ongles courts, propres, sans vernis ni faux ongles.

Art 202. Interdiction de fumer

Les établissements de santé sont soumis à une interdiction totale de fumer dans l'intégralité des locaux à usage individuel ou collectif), dans les véhicules de service et à proximité des entrées de bâtiment. Des espaces fumeurs seront dédiés en extérieur. Le vapotage (cigarette électronique) est également interdit.

Art 203. Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les professionnels de l'hôpital doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité les concernant pendant l'exécution de leur service. A cet effet, ils doivent prendre connaissance et mettre en pratique les dispositions réglementaires applicables à leurs activités et les protocoles d'hygiène en vigueur dans l'établissement (circuit des déchets, hygiène des mains, utilisation des solutions hydro alcooliques, protocoles de soins, hygiène vestimentaire et corporelle, …). Il est rappelé que le port de bijoux aux mains et aux poignets est interdit pour les professionnels prodiguant des soins ou exposés à des risques biologiques.

Le port de la tenue vestimentaire réglementaire contribue au respect des mesures d'hygiène. Le personnel concerné est tenu de la porter durant le service et de la quitter hors des heures de service. Ces personnels doivent veiller à la propreté de leur tenue de travail. Ils doivent notamment, pour les professionnels concernés, porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement en veillant à vider les poches avant envoi au blanchissage. Les tenues professionnelles fournies par l'établissement doivent être régulièrement renouvelées. Le port des tenues professionnelles est prohibé dans les restaurants du personnel et à l'extérieur de l'établissement lorsque le personnel n'est pas en service. Pour les professionnels travaillant en zone à air maitrisé, comme le bloc opératoire, la tenue professionnelle réservée à cette zone ne doit pas sortir de la zone à air maitrisé. Il est interdit d'apporter toute tenue professionnelle à son domicile. Les professionnels ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'hôpital.

Art 204. Mesures individuelles et collectives de protection

Les professionnels doivent se conformer aux mesures de protection individuelles et collectives instaurées par la loi et les règlements et relatives à leurs exercices professionnels. Ils ont l'obligation d'utiliser les moyens de protection individuelle que l'établissement met à leur disposition. Le port du dosimètre en zone surveillée et contrôlée est obligatoire dans le cadre de la radioprotection.

Art 205. Respect des obligations vaccinales

Les professionnels sont tenus de respecter les obligations vaccinales en vigueur. Par ailleurs, la vaccination annuelle contre la grippe est fortement recommandée au sein de l'établissement pour l'ensemble des professionnels. Le service de santé au travail assure le contrôle et le suivi.

Art 206. Alcool et autres substances illicites

Les membres du personnel doivent s'abstenir de toute conduite addictive pouvant porter préjudice à leur activité professionnelle. En ce qui concerne la consommation d'alcool sur le lieu de travail, il convient de rappeler l'incompatibilité de la consommation d'alcool pendant les heures de travail. Lors des pots institutionnels et les pots entre collègues (à l'occasion d'un départ, de fêtes), les boissons alcoolisées sont interdites.

Tout mouvement ou comportement suspect de trafic doit être signalé sans délai aux services de police comme le mentionne l'axe 3 de la convention multipartite (hôpital, police, justice, mairie). Est aussi précisé qu'en cas de découverte de produits stupéfiants ou psychotropes sur un patient (conscient ou non) :

- le patient est averti par le médecin, le cadre de l'unité ou une infirmière de l'interdiction de détenir et d'introduire des substances illicites dans l'établissement ;
- le patient est prévenu que les produits stupéfiants sont saisis pour être remis aux autorités compétentes (police, gendarmerie) de façon anonyme.

Il est interdit de laisser entrer ou séjourner sur le lieu de travail des personnes en état d'ivresse. En cas de suspicion d'un état d'ébriété ou d'un état sous l'emprise de drogue d'un professionnel

sur les lieux de travail, ce dernier doit être reçu par son encadrement ou la direction pour analyse de la situation en lien avec le service de santé au travail.

Art 207. Introduction d'armes ou objets dangereux

Tout professionnel a l'obligation de signaler au directeur ou son représentant l'introduction ou la découverte d'armes ou de tout objet dangereux aux fins de remise au service chargé de la sécurité et de la sûreté qui se chargera des dispositions prévues par la réglementation. Cela concerne les armes de toute sorte (armes à feu, armes blanches, bombe lacrymogène, poing américain) comme le précise l'axe 3 de la convention tripartie (hôpital, police, justice).

Dans le cas d'une découverte d'objet suspect dans l'enceinte de l'établissement, le personnel doit immédiatement prévenir le service de sécurité pour la réalisation d'un périmètre de sécurité dans l'objectif d'assurer la sécurité autour des lieux et préserver les preuves (gel des lieux). Les conduites à tenir sont décrites dans la même convention multipartite.

Art 208. Engagement responsabilité sociale et sociétale des organisations

L'établissement est engagé dans une démarche « responsabilité sociale et sociétale des organisations » (RSO) à travers la mise en pratique d'un projet de développement durable. Il encourage ainsi à des comportements éco citoyens auxquels tout professionnel doit se conformer : covoiturage, éco-gestes, lutte contre les gaspillages de toute nature, tri des déchets. Le personnel doit respecter les zones paysagères et les espaces verts en veillant à ne laisser aucun détritus et ne pas dégrader les zones concernées en particulier lors de l'usage d'un véhicule.

L'établissement déploie aussi une démarche « qualité de vie de travail » et une politique d'emploi en faveur des personnes handicapées : recrutement et intégration pérenne des personnes handicapées, maintien en emploi des personnes en situation de handicap et progression, accès à une formation adaptée, égalité de traitement. Un référent handicap est désigné.

Art 209. Stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein du centre hospitalier doivent faire l'objet d'une convention entre le centre hospitalier et l'organisme dont dépend le stagiaire. Dans le cas d'une demande de stage émanant d'une personne ne relevant d'aucun établissement ou organisme ou à défaut d'une convention générale régissant la situation, une autorisation peut être accordée à titre exceptionnel, mais cette autorisation de stage et les conditions de son déroulement doivent faire l'objet d'un document écrit, valant accord de la direction concernée.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage. Ils n'ont pas accès au parking réservé aux professionnels. Il n'est pas admis de stagiaire mineurs dans les services de soins.

Art 210. Réunions publiques

Les réunions publiques sont interdites au centre hospitalier, sauf autorisation expresse du directeur ou de son représentant. Cet article s'applique aux professionnels et aux organisations syndicales (cf. protocole interne).

Art 211. Langue

Les professionnels veillent dans l'exercice de leurs fonctions au respect de l'emploi de la langue française dans le cadre de leur travail, des productions de rapports, des outils de communication et d'information, des relations avec les autres professionnels et les usagers. Il peut être fait recours à l'interprétariat en cas de barrière de langue avec un usager.

Section 3. Droits des professionnels

Art 212. Droits des professionnels

Les personnels bénéficient des droits définis par les textes en vigueur. L'établissement garantit le respect de ces droits dans la mesure de leur conciliation avec les obligations et les missions du service public hospitalier.

Art 213. Concertation au sein des services

Les directeurs référents, chefs de service et l'encadrement peuvent organiser au sein de leurs structures une concertation interne associant toutes les catégories du personnel. Les professionnels bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail.

Art 214. Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels du centre hospitalier. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Le directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public.

Un protocole interne décrit les modalités d'exercice du droit syndical auquel il convient de se référer.

Art 215. 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 professionnels indispensables à son fonctionnement minimum, selon les règles en vigueur établies après concertation avec les organisations syndicales.

Un protocole interne décrit les modalités d'exercice du droit de grève auquel il convient de se référer.

Art 216. Non-discrimination

La liberté d'opinion est garantie. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite en raison des opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de l'origine, de l'orientation sexuelle, de l'âge, du patronyme, de l'état de santé, de l'apparence physique, du handicap ou de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une communauté.

Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite en raison du sexe.

La carrière d'un professionnel candidat ou élu ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de leur campagne électorale ou de leur mandat. De même, la carrière des professionnels siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

Aucun professionnel ne peut être discriminé en matière d'embauche, de formation, de salaire, etc.

Art 217. Protection contre le harcèlement

Le harcèlement est puni dans plusieurs situations : harcèlement moral, sexuel ou téléphonique. Ces agissements sont interdits, même en l'absence de lien hiérarchique. Tout professionnel bénéficie de la protection de la loi.

Le harcèlement moral se manifeste par des agissements malveillants répétés sur le lieu de travail ou en dehors (réseaux sociaux notamment) : remarques désobligeantes, intimidations, insultes… Ces agissements entraînent une forte dégradation des conditions de travail de la victime, et peuvent porter atteinte à ses droits et à sa dignité, altérer sa santé physique ou mentale ou compromettre son avenir professionnel.

Le harcèlement sexuel se caractérise par le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste, qui portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant ou créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. Toute forme de pression grave (même non répétée) exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte sexuel, au profit de l'auteur des faits ou d'un tiers est aussi assimilée au harcèlement sexuel.

Les personnes qui subissent, dénoncent ou qui combattent le harcèlement ne peuvent pas être sanctionnées pour ce motif. Les sanctions sont uniquement autorisées dans l'hypothèse où le

dénonciateur est de mauvaise foi, et qu'il fait la dénonciation dans le seul but de nuire, par exemple en se basant sur des faits dont il connaît pertinemment l'inexactitude.

Le référent égalité professionnelle entre les femmes et les hommes peut être sollicité en cas de besoin.

Art 218. Protection fonctionnelle

Le professionnel bénéficie de la protection fonctionnelle s'il est victime d'une infraction (atteinte volontaire à l'intégrité de la personne, violences, actes de harcèlement, menaces, injures, diffamations, outrages) à l'occasion ou en raison de ses fonctions conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spécifiques. L'administration doit protéger le professionnel, lui apporter une assistance juridique et réparer les préjudices qu'il a subis. La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par écrit auprès de l'administration employeur à la date des faits en cause. Le professionnel doit apporter la preuve des faits au titre desquels il demande la protection fonctionnelle.

L'administration doit prévenir ou prendre les mesures adéquates pour faire cesser les attaques dont est victime ou est susceptible d'être victime un professionnel ou ses proches.

Art 219. Droit d'accès à son dossier administratif

Tout professionnel a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Les demandes doivent être adressées à la direction concernée.

Art 220. Droit à l'image

Le droit à l'image est un droit exclusif que chacun a de son image et de l'utilisation qui en est faite. Les images peuvent être des photos ou vidéos sur lesquelles l'individu apparaît et est reconnaissable quel que soit le contexte. La fixation d'une image sur un support ne peut avoir lieu qu'avec le consentement de la personne même si elle n'est pas destinée à être diffusée. Le statut de professionnel n'emporte pas pour conséquence la cession tacite de son droit à l'image auprès des résidents et de leurs familles. Dans certains cas spécifiques, l'accord n'est pas nécessaire : image d'un groupe dans un lieu public si aucune personne n'est individualisée et dans la limite du droit à l'information, image d'un évènement d'actualité ou d'une manifestation publique dans la limite du droit à l'information.

Art 221. Hygiène et sécurité des conditions de travail

Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux professionnels durant leur travail. A travers la formation spécialisée santé sécurité conditions de travail, et en lien avec les organisations syndicales le directeur veille à évaluer, prévenir, réduire ou supprimer les risques professionnels de toute nature tels que répertoriés dans le document unique.

Art 222. Santé au travail

Lors de son recrutement, le professionnel passe un examen médical, auprès d'un médecin agréé, afin de vérifier son aptitude générale à exercer un emploi public et un examen médical, auprès du médecin du travail, afin de vérifier son aptitude au poste spécifique. Au cours de sa carrière, il passe régulièrement des examens médicaux d'aptitude, auprès du médecin du travail, pour vérifier la compatibilité de son état de santé avec son poste d'affectation.

Les visites médicales ont lieu sur le temps de travail. Une surveillance médicale particulière est mise en place à l'égard des professionnels handicapés, des femmes enceintes, des professionnels travaillant de nuit, des professionnels réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée, des professionnels occupant des postes exposés à des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité.

Le médecin du travail définit la fréquence et la nature des visites médicales que comporte cette surveillance médicale renforcée. Lorsque l'état de santé des professionnels le justifie, le médecin du travail peut recommander des aménagements et adaptations de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions. L'agent bénéficie d'un examen de reprise par le médecin du travail après un congé de maternité, après une absence pour cause de maladie professionnelle, ou après une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident de travail, maladie ou d'accident non professionnel.

La médecine du travail est chargée de la politique vaccinale des professionnels.

Art 223. Droit à la formation

L'établissement veille à ce que l'ensemble des personnels puisse satisfaire dans les conditions appropriées à ses obligations légales de développement professionnel continu. Il met en œuvre une politique de formation (initiale et continue) conforme à la réglementation.

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux professionnels, selon les conditions et modalités définies par voie réglementaire. Ceux-ci peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers. Ce droit est associé à l'obligation de développement professionnel continu.

Sans préjudice des actions de formation professionnelle prévues par les statuts particuliers, tout agent bénéficie, en fonction de son temps de travail, d'un compte personnel formation. Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent en accord avec son administration.

Les actions de formation suivies peuvent avoir lieu, en tout ou partie, sur le temps de travail.

Les attestations de présence à la formation ainsi que les justificatifs originaux de dépense doivent être transmis dans les meilleurs délais à l'employeur.

Art 224. Evaluation professionnelle

Chaque professionnel non médical et médical bénéficie chaque année d'un entretien professionnel organisé dans les conditions permettant de garantir la confidentialité et qui donne lieu à un compte-rendu écrit qui intègre son dossier administratif. L'autorité compétente pour conduire l'entretien professionnel est le supérieur hiérarchique direct, ou l'autorité désignée par

le chef d'établissement. Le contenu de l'évaluation et les droits de recours sont définis par la réglementation et repris dans les guides de l'évaluateur et de l'évalué que l'établissement met en ligne sur le site intranet

L'entretien est un temps d'expression et d'écoute mutuelle. Il permet de faire le bilan de l'année écoulée en vue de favoriser la meilleure adaptation possible des projets professionnels personnels au projet de la structure et de l'établissement.

Chapitre 4

DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE

Section 1. Maintien de l'ordre public et prévention

Art 225. Nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital, en fonction des circonstances locales.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le directeur les édicte par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements. Le directeur veille, en tant que responsable du bon fonctionnement du centre hospitalier, au respect des règles de sécurité du fonctionnement de l'hôpital et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

Le plan de sécurisation d'établissement (PSE) définit la politique et l'organisation globale pour sécuriser l'établissement.

Art 226. Opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité (sécurité générale, sécurité du fonctionnement, sûreté) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'hôpital, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions du directeur ou de ses représentants.

Dans la mesure où les conventions qui lient l'hôpital à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein de l'hôpital leur sont opposables. Lesdits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du directeur les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

Art 227. Accès à l'hôpital

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions. Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le directeur, qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires. Le centre hospitalier se conforme à la réglementation relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, aux personnes handicapées, et met tout en œuvre pour permettre à ces dernières d'accéder, de circuler et recevoir les informations diffusées.

L'accès aux sites et aux locaux emporte l'engagement de respecter les règles de sécurité et l'accès peut être interdit à toute personne provoquant un trouble manifeste à l'ordre public. L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein de l'hôpital n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et au besoin reconduits à la sortie de l'établissement.

De même, pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles.

Pour accéder aux locaux du centre hospitalier les personnels, les étudiants et les prestataires sont tenus de porter de façon visible leur carte professionnelle/badge et de la présenter sur demande. Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire au sein de l'hôpital animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

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

Art 228. Calme et tranquillité au sein de l'hôpital

Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein du centre hospitalier, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'hôpital et interdit de visites. Les forces de l'ordre peuvent être sollicitées.

Le personnel est invité à signaler systématiquement les situations de trouble auxquelles il a assisté ou dans lesquelles il a été impliqué, par le biais des procédures internes de déclaration d'événements indésirables et de signalement à l'équipe sécurité et à la direction. Il en va de même pour le signalement des comportements inhabituels ou suspects à la sécurité.

Art 229. Personnels de sécurité générale

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur, dans le strict respect de la loi.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par le code pénal et de procédure pénale (obligation d'assistance aux personnes en péril, crime ou délit flagrant, légitime défense ou état de nécessité). Ils ne peuvent intervenir dans les unités de soins qu'à la demande du directeur ou des personnels responsables de ces unités. Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité, en dehors des contrôles visuels sur les sacs et bagages. Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive. Ils peuvent retenir aux sorties de l'hôpital, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par une unité de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un vestiaire, ni à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

Dans l'hypothèse ou des casiers sont non identifiés, la direction peut demander à l'équipe sécurité de procéder à leur ouverture après s'être assuré au préalable que le titulaire n'est pas identifiable (une note invite le titulaire à s'identifier dans un délai raisonnable et précise la date à laquelle le casier considéré comme abandonné sera ouvert).

Art 230. Matériel de sécurité générale

Les installations de matériels de vidéo protection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique présentes sur les sites de l'établissement répondent aux conditions fixées par la réglementation (déclaration en Préfecture et à la CNIL). Elles sont destinées à la sécurité des biens et des personnes et ne contiennent pas dispositifs de vidéosurveillance des salariés. La présence de ces dispositifs, la durée de conservation et le droit d'accès aux images sont portés à la connaissance des professionnels.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel.

Art 231. Atteintes au bon fonctionnement de l'hôpital

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière. Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte du l'établissement engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Art 232. Sécurité et protection des personnels

Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis de l'hôpital et des personnels hospitaliers.

Le centre hospitalier assure en cas de menaces, de violences, de voies de fait, d'injures, de diffamations ou d'outrages la protection des professionnels qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions. Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur ou son représentant porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital.

La prévention de la radicalisation fait partie de l'axe 3 de la convention multipartite (hôpital, police, justice, mairie). La radicalisation se définit par trois caractéristiques cumulatives : processus progressif, adhésion à une idéologie extrémiste et adoption de la violence. Tout signalement est adressé à la direction.

Art 233. Rapports avec l'autorité judiciaire et l'autorité de police

Le directeur informe sans délai le procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte. D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité sont préservés.

Seul le directeur de l'hôpital a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Hors cas d'urgence, il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein de l'hôpital une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire. Les situations d'urgence peuvent faire l'objet d'un appel direct, dans le cadre des procédures définies en commun avec l'autorité de police.

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur de l'hôpital doit être systématiquement informé par les autorités de police des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il doit également être tenu informé par les services médicaux, sans délai, de toute demande adressée à ces services par les autorités de police concernant une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition de patient…). Il veille à ce que soient pris en considération les impératifs tirés de l'application de la loi pénale et les garanties légales ou réglementaires édictées dans l'intérêt du patient, notamment la préservation du secret médical.

Art 234. Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. Les instances représentatives sont informées pour les matières relevant de leur compétence.

Le directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, des armoires individuelles, des véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation. Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées. Sont notamment concernées l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, des véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site de l'hôpital. En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

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

L'établissement se conforme, le cas échéant, aux dispositions du plan « Vigipirate ». L'axe 3 de la convention multipartite (hôpital, police, justice, mairie) précise les mesures à prendre dans le cadre d'une prise d'otages.

Art 235. Recherche de la maîtrise des risques

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des personnels fréquentant l'hôpital. À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'hôpital, le directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des responsables des structures médicales et des instances concernées.

Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives locales compétentes de l'application des plans d'action et de prévention. Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers de celles qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

Art 236. Droit de retrait et danger grave et imminent

Le droit de retrait consiste en la possibilité offerte à tout agent de quitter son poste de travail dans les circonstances suivantes :

- Il a un motif raisonnable de penser qu'il se trouve exposé à un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ;
- Et/ou il constate une défectuosité dans les systèmes de protection.

L'agent qui se trouve dans une situation de travail présentant un danger grave et imminent en alerte immédiatement son cadre et le directeur et peut se retirer d'une telle situation.

Il peut aussi informer un représentant du personnel de la formation spécialisée au comité social. Celui-ci alerte immédiatement le directeur et consigne l'événement dans un registre spécial tenu. Ce registre des dangers graves et imminents est tenu à la disposition des membres du comité social, des inspecteurs santé et sécurité au travail et de l'inspection du travail.

Le directeur procède immédiatement à une enquête avec le représentant de la F3SCT qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier.

Il informe la F3SCT des décisions prises.

Aucune sanction et aucune retenue de salaire ne peut être prise à l'encontre d'un agent ou d'un groupe d'agents qui se sont retirés d'une situation de travail qui présentait un danger grave et imminent pour leur vie ou leur santé.

Certaines missions sont incompatibles avec l'exercice du droit de retrait, car il compromettrait l'exécution même de ces missions. Cela concerne notamment les missions de secours et de sécurité des personnes et des biens.

Art 237. Astreinte technique

Le directeur de l'hôpital organise, après avis du comité social d'établissement la liste des services soumis à des astreintes techniques afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire.

Art 238. Sécurité incendie

L'hôpital est assujetti aux règles de sécurité anti-incendie applicables à tous les établissements recevant du public. Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie.

Tout aménagement intérieur (modification de local, portes, revêtements, décoration et gros mobilier, etc.) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la direction des moyens opérationnels. Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers, au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être respectées scrupuleusement, à savoir :

- la conduite à tenir en cas d'incendie ;
- les modalités d'évacuation notamment dans les locaux d'hospitalisation ;
- les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et liquides inflammables ;
- la vacuité permanente des itinéraires d'évacuation ;
- l'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction ;
- l'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques.

L'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs…) doivent, en outre, être conformes aux dispositions du code de l'environnement.

L'hôpital doit tenir un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, notamment des incendies. Parmi ces renseignements doivent figurer :

- l'état nominatif du personnel chargé du service de lutte anti-incendie, les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie ;
- l'état et la situation des moyens de secours ;
- les dates des divers contrôles et vérifications, ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu dans les différents domaines techniques ;
- les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes, clapets coupe-feu…) ;
- les dates et contenus des opérations de travaux liées au schéma directeur réalisées au sein de l'hôpital ;
- tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres…

Ces renseignements sont présentés à la commission départementale de sécurité et d'accessibilité à l'occasion de ses passages au sein de l'hôpital. Des exercices de simulation sont réalisés en lien avec les services de secours.

Art 239. Interdiction de fumer et de vapoter

Il est interdit de fumer dans tous les lieux du centre hospitalier fermés et couverts. Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux fermés et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer.

Il est interdit de vapoter dans les structures de l'hôpital ainsi que dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

Section 2. Règles de circulation et de stationnement

Art 240. Voirie hospitalière

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'hôpital constituent des dépendances du domaine public que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public. Ces voies de desserte et les parcs automobiles, ouverts seulement au personnel et aux usagers de l'hôpital, ne peuvent être considérés comme des voies ouvertes à la circulation publique et échappent donc à la compétence des autorités chargées de la police de la circulation. En cas de vol, de dommage, d'accident, les règles et procédures générales de responsabilité et d'indemnisation s'appliquent au sein de l'hôpital.

Art 241. Plan général de circulation et de stationnement

Un plan général de circulation est appliqué au sein de l'hôpital. Le code de la route s'applique conformément aux dispositions législatives qui ne limitent pas leur champ d'application aux voies ouvertes à la circulation publique. Le directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des patients et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours). Des macarons sont distribués aux véhicules des professionnels autorisés pour l'accès et le stationnement.

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire l'entrée de certains véhicules notamment les camions et les caravanes. En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement et limiter l'accès au nombre de véhicules correspondant au nombre de places de stationnement libres. Les tarifs du parc de stationnement souterrain payant à destination des usagers sont affichés et disponibles dans le guide des tarifs. Des places de stationnement sont réservées pour les personnes à mobilité réduite (macaron handicap obligatoire).

Art 242. Signalisation et sanctions

Toutes les dispositions prises doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer. Leur attention doit être appelée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit et, que, sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'hôpital, elles ne sauraient donc engager la responsabilité de l'hôpital, notamment en cas de vols ou de dommages.

Leur attention doit aussi être appelée sur le fait qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peut – s'il compromet le fonctionnement de l'établissement (voies pompier par exemple) – entraîner un déplacement du véhicule, entraîner de graves dégâts au véhicule justifiés par l'état de nécessité, voire conduire à des actions judiciaires à leur encontre. Un stationnement abusif peut entraîner l'apposition d'un message autocollant sur la vitre du véhicule, une demande d'intervention des services de police pour verbalisation et peut aller jusqu'à une mise en fourrière aux frais du propriétaire dans les conditions prévues par le code de la route, sans mise en demeure préalable. Les dispositions de stationnement sont précisés dans l'axe 4 de la convention multipartite (hôpital, police, justice, mairie) et s'appliquent également aux véhicules abandonnés (épaves).

Chapitre 5

DISPOSITIONS FINALES

Art 243. Adoption du règlement intérieur

Conformément au code de la santé publique et au code général de la fonction publique, le règlement intérieur de l'établissement est arrêté par le directeur après concertation avec le directoire, et après avis du conseil de surveillance et des instances représentatives compétentes. La commission des soins est informée.

La décision portant adoption du règlement intérieur est exécutoire dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, celui-ci pouvant la déférer dans les deux mois suivant sa réception devant le tribunal administratif compétent au titre du contrôle de légalité.

Art 244. Modification du règlement intérieur

Le règlement intérieur est évolutif en fonction du contexte législatif et interne. Il peut être amendé lors de la publication de notes ou de procédures internes. Les modifications sont coordonnées par le directeur de l'établissement en lien avec les directions fonctionnelles.

Art 245. Diffusion du règlement intérieur

Le règlement intérieur est diffusé à tous les agents. Il est disponible sur l'intranet et sur le site internet de l'établissement.