



**Centre Hospitalier
de Châteaudun**

**RÈGLEMENT INTÉRIEUR
DU
CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUDUN**

PRÉAMBULE

Le présent règlement intérieur du Centre Hospitalier de Châteaudun (CHC) est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur, et notamment celles du Code de la santé publique.

Conformément à l'article L. 6143-7 13° du Code de la santé publique, il a été arrêté par le Directeur du CHC après concertation avec le Directoire menée lors de sa séance du 27 Mars 2026, avis de la Commission Médicale d'Établissement (CME) lors de sa séance en date du 27 Mars 2026, avis du Comité Social d'Établissement (CSE) lors de sa séance en date du 30 Mars 2026 et selon l'article L. 6143-1 du Code de la santé publique : avis du Conseil de Surveillance exprimé lors de sa réunion en date du 30 Avril 2026. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) est informée des modifications portées au règlement intérieur lors de sa séance du **Avril 2026**.

Il définit les règles de fonctionnement du CHC propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients et des usagers. Il participe à l'information des patients, des usagers et des professionnels de santé.

Il est consultable et téléchargeable sur les sites internet et intranet du Centre Hospitalier de Châteaudun (CHC) :

- ❖ En interne : voir « *Règlement intérieur* » dans la plateforme intégrée de gestion de contenu « *Ennov* »
- ❖ En externe : <https://www.ch-chateaudun.fr/>

Conformément à l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique, le Directeur du CHC assure l'application et l'exécution des dispositions du présent règlement intérieur, qui a une portée générale sur l'ensemble des sites de l'établissement.

Le règlement intérieur du CHC est mis à jour en fonction de l'évolution des dispositions législatives et réglementaires et des modalités d'organisation et de fonctionnement propres au CHC.

Conformément à la hiérarchie des normes, les évolutions législatives et réglementaires s'imposent sur le règlement intérieur du CHC.

Il existe un règlement intérieur spécifique pour les Instituts de Formation qui est validé par les instances spécifiques aux instituts et qui est remis aux étudiants élèves et professionnels. Ce règlement a une valeur contractuelle et rappelle l'obligation de respecter le règlement intérieur du CHC.

Il existe également un règlement intérieur spécifique pour la structure d'accueil, de prise en charge et d'hébergement des personnes âgées : l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), qui est remis aux résidents ou à leurs représentants, accompagné d'un contrat de séjour.

INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier de Châteaudun (CHC) est un établissement public de santé intercommunal, doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière (article L. 6141-1 du Code de la santé publique). Son siège social est fixé Route de Jallans 28200 Châteaudun.

Le CHC est composé des établissements et structures de soins suivants :

- Le Centre Hospitalier lui-même, situé Route de Jallans à Châteaudun ;
- Un EHPAD divisé en deux sites : route de Jallans et rue Fédé à Châteaudun ;
- Un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et un Institut de Formation Aide-Soignant (IFAS) localisés Boulevard Kellermann à Châteaudun ;
- Un détachement de services administratifs située sur le site du boulevard Kellermann à Châteaudun.

En vertu des dispositions de l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique, il a pour missions :

- D'assurer en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et de mener des actions de prévention et d'éducation à la santé ;
- De délivrer des soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles ;
- De participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent ;
- De participer à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire, à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé, et également au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical ;
- De mener, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

En vertu des dispositions de l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique, il assure les missions de service public suivantes :

- La permanence des soins au titre tant de l'urgence que des prises en charge spécialisées ;
- La prise en charge des soins palliatifs et l'accompagnement des patients en fin de vie et de leurs proches ;
- L'enseignement universitaire et post-universitaire dans les domaines médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ;
- La recherche clinique ;
- Le développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sage-femmes et du personnel paramédical ainsi que la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- L'aide médicale d'urgence en partenariat avec les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé du territoire participant à l'organisation de la permanence des soins ;
- La lutte contre l'exclusion sociale et des actions de santé publique ;
- Les soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire ainsi que dans le cadre hospitalier ;
- Les soins dispensés à toute personne qui recourt à leurs services.

Ces missions font l'objet d'une déclinaison négociée avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Centre-Val de Loire dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) du CHC qui détermine les orientations stratégiques de l'établissement sur la base des schémas d'organisation sanitaire. De plus, le CHC détermine sa politique générale au travers de son projet d'établissement, qui doit être compatible avec le projet régional de santé et les objectifs des schémas d'organisation sanitaire de la région Centre-Val de Loire.

Par ailleurs, l'établissement est tenu :

- De développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité ;
- De procéder à l'analyse de son activité ;
- De mettre en place une politique visant à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à permettre la certification de l'établissement dans les meilleures conditions.

Il est le pôle de référence du territoire sanitaire du dunois et dans certaines disciplines médicales et chirurgicales le CHC est recours pour le sud de l'Eure-et-Loir. Il participe à ce titre à des actions de coopération sanitaire (filiales et réseaux de soins). Dans le cadre de ses missions et sous réserve de garantir la continuité du service public hospitalier, il peut aussi engager des actions de coopération internationale, avec des personnes de droit public et de droit privé intervenant dans le même domaine que le sien.

Il est membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) d'Eure-et-Loir : GHT HOPE 28.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
AS	Aides-Soignantes
ASH	Agents des Services Hospitaliers
ATB	Antibiotiques
CAL	Commission de l'Activité Libérale
CANP	Commission des Admissions Non Programmées
CAP	Commissions Administratives Paritaires
CDSP	Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CDU	Commission des Usagers
CE	Communauté Européenne
CEM	Commission des Équipements Médicaux
CF	Coupe-Feu
CGLPL	Contrôleur Général des lieux de Privation de Liberté
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLAN	Comité Local Alimentation Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Établissement
CMRE	Chargé de Mission Régionale pour l'Évaluation
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNG	Centre National de Gestion
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CoGRIE	Comité de Gestion du Risque Infectieux Environnemental
COMAI	Commission Médicale des Anti-Infectieux
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
COFIL	Comité de Pilotage
COPS	Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins
CORRUS	Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales
COVIRIS	Comité de coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSL	Commission des Séjours Longs
CSPS	Coordonnateur Sécurité et Protection de la Santé
CTE	Comité Technique d'Établissement
DGI	Danger Grave et Imminent
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMDIV	Dispositifs Médicaux de Diagnostic In Vitro
DPC	Développement Professionnel Continu
DSI	Direction du Système d'Information
DST	Direction des Services Techniques
EDF	Électricité de France
EFS	Établissement Français du Sang
EHPAD	Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
EOHH	Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
EPC	Entérobactéries Productrices de Carbapénèmase
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
EPS	Établissement Public de Santé
EPSMS	Établissement Public Social et Médico-Social
ERG	Entérocoques Résistants aux Glycopeptides
ERP	Établissement Recevant du Public

FMIH	Fédération Médicale Inter-Hospitalière
GDF	Gaz de France
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpitaux de jour
HDT	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HJ	Hôpital de Jour
HPST	Hôpital Patient Santé et Territoire
ICATB	Indice Composite de bon usage des Antibiotiques
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IFAP	Institut de Formation d'Auxiliaire de Puériculture
IFAS	Institut de Formation d'Aide-Soignant
IFMEM	Institut de Formation de Manipulateurs d'Électroradiologie Médicale
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
INS	Identifiant National de Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
I-SATIS	indicateur de la Satisfaction des Patients Hospitalisés
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
L.	Législatif
L2H	Laboratoire d'Hygiène Hospitalière
N°	Numéro
N.	Nationale
NH	Nouvel Hôpital
PACS	Système d'archivage et de transmission d'images
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PC	Poste de Commandement
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
POIS	Plan d'Organisation Interne de Secours
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
QSL	Quartier de Semi-Liberté
R.	Règlementaire
RD	Route Départementale
RH	Ressources Humaines
RNIPP	Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques
RSSI	Responsable Sécurité du Système d'Information
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SIH	Système d'Information Hospitalier
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPDT	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
SPDTU	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence
SPDRE	Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État
SPDTU	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence
SPPI	Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TGI	Tribunal de grande Instance
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UHS	Unité d'Hospitalisation Sécurisée
UHSA	Unités Hospitalières Spécialement Aménagées
UHSI	Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale
UMD	Unités pour Malades Difficiles
UMH	Unité Mobile Hospitalière
USC	Unité de Surveillance Continue
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VSL	Véhicule Sanitaire Léger

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	2
Introduction	3
Liste des sigles utilisés	4
CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	13
SECTION 1 – ORGANISATION INSTITUTIONNELLE	13
SECTION 2 – ORGANISATION DES SOINS HOSPITALIERS	33
CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ÉTABLISSEMENT	40
SECTION 1 – ADMISSIONS	40
SECTION 2 – SÉJOUR	54
SECTION 3 – SORTIE DU PATIENT	65
SECTION 4 – FACTURATION	67
SECTION 5 – NAISSANCES ET DÉCÈS	68
CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS	74
SECTION 1 – PRINCIPES FONDAMENTAUX LIÉS AU RESPECT DU PATIENT	74
SECTION 2 – PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE	75
SECTION 3 – DROITS DU PERSONNEL	77
CHAPITRE 4 – DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ	82
SECTION 1 – MESURES DE POLICE GÉNÉRALE	82
SECTION 2 – RÈGLES RELATIVES À LA SÉCURITÉ	84
CHAPITRE 5 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX URGENCES SANITAIRES	93
SECTION 1 – PLANC BLANC ET PLAN BLANC ÉLARGI	93
SECTION 2 – VIGILANCE ATTENTATS	94
ANNEXES	105

SOMMAIRE

Préambule	2
Introduction	3
Liste des sigles utilisés	4
CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	13
SECTION 1 – ORGANISATION INSTITUTIONNELLE	13
1. L'organisation administrative	13
Article 1 – Le conseil de surveillance	13
Article 2 – Le directeur	14
Article 3 – Le directoire	14
Article 4 – La garde administrative	15
2. Les instances représentatives du personnel	15
Article 5 – La Commission Médicale d'Établissement (CME)	15
Article 6 – Le Comité Social d'Établissement (CSE)	18
Article 7 – La Formation Spécialisée de la Santé, Sécurité et des Conditions de Travail (F3SCT)	20
Article 8 – La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)	20
Article 9 – Les Commissions Administratives Paritaires (CAP)	20
Article 10 – La Commission des Usagers (CDU)	20
3. Les instances spécialisées	21
Article 11 – La Commission de l'Activité Libérale (CAL)	21
Article 12 – Le comité d'éthique de la direction commune	22
Article 13 – L'unité d'hygiène hospitalière	22
Article 14 – La commission locale de surveillance des fluides médicaux	23
Article 15 – La Commission des Séjours Longs (CSL)	23
4. Les commissions émanant de la Commission Médicale d'Établissement	24
Article 16 – La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS)	24
Article 17 – La commission du Développement Professionnel Continu (DPC) et la commission de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)	25
Article 18 – Le Comité de coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires (COVIRIS)	25
Article 19 – Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)	26
Article 20 – La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)	27
Article 21 – Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)	28
Article 22 – Le Comité Local Alimentation Nutrition (CLAN)	28
Article 23 – La Commission des Équipements Médicaux (CEM)	29
Article 24 – La Commission des Admissions Non Programmées (CANP)	29
5. Les correspondants en sécurité sanitaire	30
Article 25 – Le responsable du signalement des infections nosocomiales	30
Article 26 – Le correspondant d'hémovigilance	30
Article 27 – Le correspondant local de pharmacovigilance	31
Article 28 – Le correspondant local de matériovigilance	31
Article 29 – Le correspondant local de réactovigilance	31
Article 30 – Le correspondant local de biovigilance	32
Article 31 – Le correspondant local de cosmétovigilance	32
Article 32 – Le correspondant local de l'identito-vigilance	32
Article 33 – Le correspondant local de l'informatico-vigilance	32
SECTION 2 – ORGANISATION DES SOINS HOSPITALIERS	33
1. Les pôles d'activité, les services internes et les blocs opératoires	33
Article 34 – Les pôles d'activité	33
Article 35 – Les services internes	33
Article 36 – Les blocs opératoires	34

2. L'organisation médicale	34
Article 37 – Le praticien chef de pôle	34
Article 38 – Les responsables de structures internes, de services ou d'unités fonctionnelles	35
Article 39 – Catégories de personnel médical, pharmaceutique, odontologique et sages-femmes	35
Article 40 – Activité médicale et continuité du service	35
Article 41 – Obligations professionnelles générales des médecins, pharmaciens et odontologistes	36
Article 42 – La permanence des soins et pharmaceutique	36
Article 43 – Les visites médicales	36
Article 44 – Le pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur	36
Article 45 – Les internes	37
Article 46 – Les sages-femmes	37
3. L'organisation de la gestion des données médicales	37
Article 47 – Le département de l'information médicale	37
Article 48 – Traitement automatisé des informations nominatives	38
Article 49 – Droit d'accès des patients	38
4. L'organisation soignante	38
Article 50 – La coordination générale des soins	38
CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ÉTABLISSEMENT	40
SECTION 1 – ADMISSIONS	40
1. Les modalités générales	40
1.1. Les modalités d'accueil et d'admission des malades	40
Article 51 – Principe du libre choix du malade	40
Article 52 – Accès aux soins des personnes démunies	40
Article 53 – Accueil et admission	40
Article 54 – Livret d'accueil	40
Article 55 – Pièces à fournir au moment de l'admission	41
Article 56 – Admissions en hospitalisation	41
Article 57 – Admission au service d'accueil et de traitement des urgences (SAU)	42
Article 58 – Compétences du directeur en matière d'admission	42
Article 59 – Information des familles des malades ou blessés hospitalisés en urgence	42
Article 60 – Prise en charge par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	42
Article 61 – Admission d'un malade amené par les forces de l'ordre	43
Article 62 – Refus d'hospitalisation exprimée par le malade	43
Article 63 – Inventaire à l'admission en hospitalisation	43
Article 64 – Désignation d'une personne de confiance	44
Article 65 – Structures de soins alternatives à l'hospitalisation : anesthésie ou chirurgie ambulatoire	44
Article 66 – Structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit : Hôpital de Jour (HDJ)	44
Article 67 – Le service social	44
1.2. Les régimes d'hospitalisation et de consultation	45
Article 68 – Régimes d'hospitalisation	45
Article 69 – Modalités de prise en charge des frais d'hospitalisation	45
Article 70 – Consultations externes	45
1.3. L'activité libérale des médecins au sein du CHC	46
Article 71 – Principes d'organisation de l'activité libérale	46
Article 72 – Service public hospitalier et activité libérale	46
2. Les modalités spécifiques	47
2.1. Les patients mineurs	47
Article 73 – Garde et protection des mineurs	47
Article 74 – Consultations pour les mineurs non accompagnés	47
Article 75 – Admission des patients mineurs	47
Article 76 – Mineurs présentés en urgence	47
Article 77 – Hospitalisation des enfants	47
Article 78 – Admission des patients mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance	48
Article 79 – Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation	48
Article 80 – Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation	48
2.2. Les femmes enceintes	48
Article 81 – Prise en charge au Centre Périnatal de Proximité	48

Article 82 – Admission des femmes désirant subir une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)	48
Article 83 – Dispositions particulières relatives à l’Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)	49
2.2. Les patients gardés à vue et détenus	49
Article 84 – Admission des personnes gardées à vue	49
Article 85 – Admission des détenus	49
Article 86 – Soins dispensés en milieu pénitentiaire	50
Article 87 – Secteur d’admission des détenus	50
Article 88 – Surveillance des détenus	50
2.3. Les patients étrangers	50
Article 89 – Admission des patients étrangers	50
2.4. Les patients souffrant de troubles mentaux	50
Article 90 – Admission des personnes atteintes de troubles mentaux	50
2.5. Les majeurs légalement protégés	52
Article 91 – Gestion des biens des incapables majeurs	52
2.5. Les militaires et victimes de guerre	53
Article 92 – Admission des militaires	53
Article 93 – Admission des militaires en urgence	53
Article 94 – Admission des bénéficiaires de l’article L. 115 du Code des Pensions Militaires, d’Invalidité et des Victimes de Guerre	53
2.8. Les malades toxicomanes	53
Article 95 – Les malades toxicomanes	53
2.9. Les patients SMR	53
Article 96 – Admission au sein d’une unité de soins médicaux et de réadaptation (SMR)	53
SECTION 2 – SÉJOUR	54
1. Les soins	54
1.1. L’information médicale	54
Article 97 – L’information du malade	55
Article 98 – Le dossier médical du malade	55
Article 99 – La communication du dossier médical du malade	55
Article 100 – La relation avec les familles	56
Article 101 – La personne de confiance	56
Article 102 – Le secret de l’hospitalisation	56
Article 103 – Le traitement informatique des dossiers	57
Article 104 – Plaintes, réclamations et voies de recours	57
Article 105 – Le médecin médiateur	57
Article 106 – L’information des patients sur les infections nosocomiales ou infections associées aux soins	58
1.2. Le consentement aux soins / Le refus de soins	58
Article 107 – Le consentement aux soins	58
Article 108 – Le refus de soins	58
Article 109 – Le consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs ou des majeurs protégés	59
1.3. Les dispositions relatives aux transfusions sanguines/sécurité transfusionnelle, aux recherches biomédicales, aux dons et aux prélèvements d’éléments du corps humain	59
Article 110 – Transfusions sanguines et sécurité transfusionnelle	59
Article 111 – Les recherches biomédicales	60
2. La vie à l’hôpital	60
2.1. Les principes régissant le séjour	60
Article 112 – Règles générales	60
Article 113 – Dépôt des sommes d’argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur	60
Article 114 – Effets personnels	61
Article 115 – Horaires quotidiens du séjour hospitalier	61
Article 116 – Service des repas	61
Article 117 – Autorisation de sortie	61
Article 118 – Exercice des cultes	61
Article 119 – Respect de la personne et de son intimité	61
Article 120 – Droits civiques	62
Article 121 – Interdiction des pourboires	62
Article 122 – Animaux	62
2.2. L’accès des personnes étrangères à l’hôpital	62

Article 123 – Visites et recommandations aux visiteurs	63
Article 124 – Stagiaires extérieurs	63
Article 125 – Associations de bénévoles	63
Article 126 – Accès des professionnels de la presse	63
Article 127 – Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs	63
Article 128 – Les entreprises	64
Article 129 – Gardes permanentes privées au chevet des malades	64
3. Les services mis à la disposition des patients	64
Article 130 – Courrier	64
Article 131 – Téléphone fixe	64
Article 132 – Télévision et radio	64
SECTION 3 – SORTIE DU PATIENT	65
1. Les conditions de sortie	65
Article 133 – Compétences du directeur de l'hôpital en matière de sortie	65
Article 134 – Modalités de sortie	65
2. Les modalités particulières de sortie	66
Article 135 – Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation	66
Article 136 – Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation	66
Article 137 – Sortie contre avis médical	66
Article 138 – Sortie à l'insu du service « fugues »	66
Article 139 – Sortie disciplinaire	67
Article 140 – Questionnaire de sortie	67
SECTION 4 – FACTURATION	67
Article 141 – Principe du paiement	67
Article 142 – Tarif des prestations journalières	67
Article 143 – Forfait journalier	67
Article 144 – Paiement des frais de séjour et provisions	67
Article 145 – Prestations fournies aux accompagnants	68
SECTION 5 – DÉCÈS	68
1. Les décès	68
1.1. Le décès d'un patient	68
Article 146 – Aggravation de l'état du patient	68
Article 147 – Constat du décès	68
Article 148 – Notification du décès	69
Article 149 – En cas d'indice de mort violente ou suspecte	69
Article 150 – Toilette mortuaire et inventaire après décès	69
Article 151 – Mesures de police sanitaire	70
1.2. Les opérations funéraires et les transports de corps	70
Article 152 – Dépôt des corps à la chambre mortuaire de l'hôpital	70
Article 153 – Transport sans mise en bière en chambre funéraire	71
Article 154 – Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille	71
Article 155 – Mise en bière et transport après mise en bière	72
Article 156 – Opérations funéraires	72
Article 157 – Liberté des funérailles et les dispositions testamentaires	72
CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS	74
SECTION 1 – PRINCIPES FONDAMENTAUX LIÉS AU RESPECT DU PATIENT	74
Article 158 – Demande d'information	74
Article 159 – Secret professionnel	74
Article 160 – Obligation de discrétion professionnelle et de réserve	74
Article 161 – Respect de la personne et de son intimité	75
Article 162 – Respect de la liberté de conscience et d'opinion	75

Article 163 – Accueil et respect du libre choix des familles	75
SECTION 2 – PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE	75
Article 164 – Obligation de désintéressement	75
Article 165 – Interdiction de cumul de fonction d'exercer une activité privée lucrative	75
Article 166 – Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces	75
Article 167 – Exécution des instructions reçues	76
Article 168 – Obligation de signalement des incidents soumis à la vigilance sanitaire	76
Article 169 – Témoignage en justice	76
Article 170 – Bon usage des biens de l'hôpital	76
Article 171 – Assiduité et ponctualité	76
Article 172 – Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés dans l'hôpital	77
Article 173 – Respect des règles d'hygiène et de sécurité	77
Article 174 – Exigence d'une tenue correcte	77
Article 175 – Comportement du personnel	77
Article 176 – Identification des personnels	77
Article 177 – Horaires de travail	77
SECTION 3 – DROITS DU PERSONNEL	77
Article 178 – Liberté d'expression	77
Article 179 – Droit syndical	78
Article 180 – Liberté d'opinion	78
Article 181 – Egalité de traitement en raison du sexe	78
Article 182 – Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement sexuel	79
Article 183 – Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement moral	79
Article 184 – Droit à protection dans l'exercice de ses fonctions	80
Article 185 – Droit à des conditions d'hygiène et de sécurité	80
Article 186 – Liberté syndicale	81
Article 187 – Droit de grève	81
Article 188 – Droit d'accès au dossier individuel	81
CHAPITRE 5 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA SÉCURITÉ	82
SECTION 1 – MESURES DE POLICE GÉNÉRALE	82
1. Les règles de vie collective	82
Article 189 – L'hygiène à l'hôpital	82
Article 190 – L'interdiction de fumer	82
Article 191 – Les téléphones portables	82
Article 192 – Les objets et produits interdits	83
Article 193 – Le respect de la neutralité et de la laïcité du service public	83
2. L'exercice du droit de visite	83
Article 194 – Les conditions d'exercice du droit de visite	83
Article 195 – Les horaires de visite	84
Article 196 – Les obligations des visiteurs	84
SECTION 2 – REGLES RELATIVES A LA SÉCURITÉ	84
1. Nature et opposabilité des règles de sécurité	84
Article 197 – Nature des règles de sécurité	84
Article 198 – Opposabilité des règles de sécurité	85
2. La sécurité générale	85
Article 199 – Matériel de sécurité générale	85
Article 200 – Calme et tranquillité au sein de l'hôpital	85
Article 201 – Règles de responsabilité	85
Article 202 – Sécurité incendie	86
Article 203 – Registre de sécurité du CHC	86
Article 204 – Circonstances exceptionnelles	87

Article 205 – Rapport avec l’autorité judiciaire	87
Article 206 – Rapports avec les autorités des forces de l’ordre	87
3. La sécurité du fonctionnement	88
Article 207 – Recherche de la maîtrise des risques	88
Article 208 – Garde technique	88
4. La sécurité informatique	88
Article 209 – Connexion au réseau	88
Article 210 – Sécurité et confidentialité du système d’information	89
5. Les règles applicables à la circulation des personnes, des véhicules et au stationnement automobile	89
Article 211 – Accès	89
Article 212 – Stationnement	89
Article 213 – Règles applicables	90
CHAPITRE 6 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX URGENCES SANITAIRES	93
SECTION 1 – PLANC BLANC ET PLAN BLANC ÉLARGI	93
Article 214 – Déclenchement du plan	93
Article 215 – Adaptation des moyens de l’établissement	93
Article 216 – Obligations des destinataires internes du plan	93
Article 217 – Diffusion et mise à jour du plan	94
Article 218 – Plan bleu des services d’hébergement	94
SECTION 2 – VIGILANCE ATTENTATS	94
Article 219 – Guide des bons réflexes à destination des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux	94
ANNEXES	105
ANNEXE 1 – LISTE DES PÔLES	106
ANNEXE 2 – RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU CSE ET F3SCT	108
ANNEXE 3 – RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA CDU	131
ANNEXE 4 – RÈGLEMENT INTERIEUR DE LA CME	137
ANNEXE 6 – RÈGLEMENT INTERIEUR DE LA CSMIRT	146
ANNEXE 7 – CHARTE DU BLOC OPÉRATOIRE	151
ANNEXE 8 – CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE	179
ANNEXE 9 – CHARTE D’UTILISATION DU SYSTÈME D’INFORMATION DU CHC	204

CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 – ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

1. L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Article 1 – Le conseil de surveillance

Articles L. 6143-1 et L. 6143-5 du Code de la santé publique
Article R. 6143-6 et suivants du Code de la santé publique

Le CHC est doté d'un conseil de surveillance qui se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance délibère sur :

- Le projet d'établissement ;
- Les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du Code de la santé publique ;
- Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 du Code de la santé publique.

Par ailleurs, il donne son avis sur :

- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2 du Code de la santé publique ;
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance communique au Directeur général de l'ARS ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

À 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.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16 du Code de la santé publique, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes. Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Il est composé de 9 membres, constitué de trois collègues dont le nombre de membres est identique :

- 1) Au plus trois représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le maire de la commune du siège de l'établissement principal ou son représentant et le président du conseil départemental ou son représentant ;
- 2) Au plus trois 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 médico-techniques (CSIRMT), les autres membres étant désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement (CME) et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement ;
- 3) Au plus trois personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'ARS et trois, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 du Code de la santé publique, désignées par le représentant de l'Etat dans le département.

La composition nominative du conseil de surveillance est arrêtée par le Directeur général de l'ARS Centre Val de Loire.

Le conseil de surveillance, qui se réunit au moins quatre fois par an, élit son président parmi les représentants des collectivités

territoriales et les personnalités qualifiées, pour une durée de cinq ans.

Article 2 – Le directeur

Article L. 6143-7 du Code de la santé publique

Le CHC est dirigé par un directeur nommé par arrêté du directeur général du Centre National de Gestion (CNG), qui en est le représentant légal.

Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement dont il règle l'ensemble des affaires autres que celles qui relèvent des compétences du conseil de surveillance ou impliquent une concertation préalable avec le directoire.

Il dispose d'un pouvoir de nomination des personnels au sein de l'établissement, qu'il exerce conformément aux dispositions réglementaires et statutaires en vigueur.

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

Il est le garant de la neutralité du service public tel que défini par les textes et la jurisprudence administrative vis-à-vis des usagers comme des agents du CHC.

Dans les matières prévues par la loi, le directeur prend ses décisions après concertation avec le directoire qui le conseille dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il est le président du directoire du CHC.

Il est assisté d'une équipe de direction sous son autorité, qui dispose de délégations de signature définies selon les dispositions réglementaires en vigueur au sein du Code de la santé publique. L'organisation de la direction du CHC est présentée dans un organigramme régulièrement tenu à jour, disponible sur les sites intranet et internet de l'établissement.

Article 3 – Le directoire

Articles L. 6143-7 et suivants du Code de la santé publique

Le Directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Le directoire est composé de sept membres :

- 1) Le Directeur, président du directoire ;
- 2) Le Président de la CME, vice-président ;
- 3) Le Président de la CSIRMT ;
- 4) Des membres nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME ; en cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres après avis du président de la CME.

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

Il se réunit au moins huit fois par an à l'initiative de son président, sur la base d'un ordre du jour établi conjointement par celui-ci et le président de la CME.

Pour les matières sur lesquelles il est réglementairement appelé à prendre position, le directoire ne se prononce valablement qu'à partir du moment où plus de la moitié de ses membres sont présents. En cas de partage égal des voix, celle du directeur, président, est prépondérante.

Le directoire peut entendre toute personne compétente sur les questions de l'ordre du jour à condition que ces personnes ne siègent plus lorsqu'il se prononce définitivement sur les dossiers présentés. Si un dossier présenté concerne un pôle, le

chef de pôle concerné est invité.

Les membres du directoire sont tenus à l'obligation d'impartialité lorsqu'ils examinent des questions individuelles. De même, ils sont tenus à l'obligation de confidentialité concernant la teneur des débats et informations échangés à l'occasion de l'examen des dossiers exposés en séance.

Article 4 – La garde administrative

Décret n° 2013-347 du 23 avril 2013 modifiant le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Le directeur organise avec les membres de l'équipe de direction un service de garde administrative.

Le directeur de garde bénéficie de la délégation des attributions du chef d'établissement dans la limite de ce qui est nécessaire à la garde de direction.

La garde de direction résulte de la nature même du service hospitalier qui est un service permanent. Elle a pour mission d'assurer le fonctionnement continu de l'ensemble de l'établissement à l'exception de certains services administratifs et généraux.

La garde de direction se distingue des autres gardes spécialisées telles que : les gardes médicales, paramédicales, techniques, médico-techniques. Elle s'appuie sur ces gardes spécialisées, les coordonne pour le bien être du malade.

2. LES INSTANCES REPRÉSENTATIVES DU PERSONNEL

Article 5 – La Commission Médicale d'Établissement (CME)

Article L. 6144-1 du Code de la santé publique

Articles R. 6144-1, R. 6144-3-1, R. 6144-3-2, R. 6144-4, R. 6144-5 et R. 6144-6 du Code de la santé publique

Décret n° 2016-1645 du 1^{er} décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier

Décret n° 2016-1335 du 7 octobre 2016 relatif aux fonctions en milieu hospitalier et extrahospitalier des étudiants en maïeutique

Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la CME, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé

Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la CME et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé

Décret n° 201-439 du 30 avril 2010 relatif à la CME dans les établissements publics de santé

La CME est consultée sur les matières suivantes :

- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du Code de la santé publique ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du Code de la santé publique ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ;
- Le projet médical de l'établissement ;
- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- La politique de formation des étudiants et internes ;
- La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2 du Code de la santé publique ;
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;

- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

Aux termes de l'article R. 6144-1-1 du Code de la santé publique, elle est informée sur les matières suivantes :

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

La CME 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.

Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

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

Elle contribue également à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

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

La composition de la CME est fixée comme suit :

- 1) L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement (*cf. liste des pôles en annexe 1*) ;
- 2) Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles (*cf. liste des structures internes, services ou unités fonctionnelles en annexe 2*) ;
- 3) Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- 4) Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral de l'établissement ;
- 5) Des représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
- 6) Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie ;
- 7) Un représentant des étudiants hospitaliers en second cycle des études de maïeutique, lorsque la structure de formation en maïeutique est rattachée à un centre hospitalier.

Assistent en outre avec voix consultative :

- 8) Le président du directoire ou son représentant ;
- 9) Le président de la CSIRMT ;
- 10) Le praticien référent de l'information médicale ;
- 11) Le représentant du Comité Social d'Etablissement (CSE), élu en son sein ;
- 12) Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- 13) Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.

Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, par le présent règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des

disciplines de l'établissement.

La désignation des membres est fixée de la manière suivante :

1° En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours. Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué.

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables. Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le président du directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.

2° Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la même catégorie ou de la même discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent. En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans des conditions prévues par le règlement intérieur de l'établissement.

3° La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur de l'établissement. Il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement.

4° Les chefs de pôle et les chefs de services qui n'exercent plus cette fonction restent membres de la CME jusqu'à la fin du mandat de celle-ci.

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres. Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu. Les fonctions de président de la CME sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

Le fonctionnement de la CME est le suivant :

- Le président de la CME veille au bon fonctionnement de la commission.
- La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour.
- Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'ARS sur l'ordre du jour qu'ils proposent.
- Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts.
- Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur.
- Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.
- L'établissement concourt au bon fonctionnement de la CME et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

La CME définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur.

Afin de mener à bien la mission principale qui lui est dévolue en matière de contribution 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 s'appuie sur des sous-commissions, comités et groupes de travail traitant :

- De la gestion globale et coordonnée des risques et de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- Des vigilances ;
- De la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- De la prise en charge de la douleur ;
- Du développement professionnel continu des médecins ;
- De la réflexion éthique ;
- De l'évaluation de la prise en charge du patient ;

- De l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- Du fonctionnement de la permanence des soins ;
- De l'organisation des parcours de soins.

Le CHC a défini sa composition :

Collège	Désignation	Nombre de sièges
1	Les Chefs de pôle	6
2	Les responsables de structures internes	4
3	Les Praticiens titulaires, temps pleins et temps partiels	7
4	Les praticiens non titulaires et temporaires	10
5	Les sages-femmes	1
6	Les internes	1

Article 6 – Le Comité Social d'Établissement (CSE)

L. 251-11, L. 252-11 du Code général de la fonction publique

L. 253-7 du Code général de la fonction publique

R. 251-38 du Code générale de la fonction publique

Les membres du CSE sont élus parmi les représentants de l'administration et des agents de l'établissement à l'exclusion des médecins, odontologues et pharmaciens

Le CSE a à connaître des questions relatives :

- 1° Aux orientations stratégiques de l'établissement et à celles inscrivant l'établissement dans l'offre de soins au sein de son territoire ;
- 2° A l'accessibilité des services et à la qualité des services rendus ;
- 3° A l'organisation interne de l'établissement ;
- 4° Aux orientations stratégiques sur les politiques de ressources humaines ;
- 5° Aux enjeux et aux politiques d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations. Les comités sociaux sont consultés sur le plan d'action pluriannuel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes mentionné à l'article L. 132-1 et informés annuellement de l'état de sa mise en œuvre ;
- 6° Aux lignes directrices de gestion en matière de promotion et valorisation des parcours professionnels. La mise en œuvre des lignes directrices de gestion fait l'objet d'un bilan, sur la base des décisions individuelles, devant le comité social ;
- 7° A la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes ;
- 8° Aux autres questions relevant des domaines mentionnés à l'article L. 112-1, à l'exception de l'élaboration des règles statutaires régissant les fonctionnaires et de l'examen des décisions individuelles.

Le CSE est présidé par le directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement. Le directeur de l'établissement peut être suppléé par un membre du corps des agents de direction de l'établissement.

Au sein des comités sociaux d'établissement, seuls les représentants des agents de l'établissement ou du groupement prennent part au vote, à l'exception des agents mentionnés au 4° (médecins, odontologues et pharmaciens).

Le nombre d'agents de l'établissement étant compris entre cinq cents à neuf cent quatre-vingt-dix-neuf agents, la loi prévoit l'élection de 10 représentants.

Le mandat est de 4 ans renouvelable.

Un représentant élu de la CME et un représentant élu du CSE assiste respectivement à chacune des deux instances.

Le comité social d'établissement des établissements publics de santé est saisi pour avis :

- 1° Du projet de règlement intérieur de l'établissement ;
- 2° Des projets de réorganisation de service ;
- 3° Du projet de plan global de financement pluriannuel ;
- 4° Des projets relatifs à l'accessibilité des services et à la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- 5° Des projets d'aménagement important modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- 6° Des projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;
- 7° Du projet de plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;
- 8° Des projets relatifs à l'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
- 9° Des projets relatifs aux modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 10° Du projet de plan d'action pluriannuel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et ses révisions, en application des dispositions du 5° de l'article L. 253-7 ;
- 11° Des projets de décision relatifs au recours au vote électronique pour l'élection des représentants du personnel dans les instances de dialogue social, en application des dispositions de l'article R. 211-507 ;
- 12° Des projets relatifs à la nature des équipements indispensables à l'exercice de l'activité syndicale, en application des dispositions de l'article R. 213-30 ;
- 13° Des projets relatifs aux modalités d'utilisation par les organisations syndicales des technologies numériques, en application des dispositions de l'article R. 213-63 ;
- 14° Des projets de lignes directrices de gestion relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, aux orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels dans les conditions fixées au chapitre III du titre Ier du décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019 relatif aux lignes directrices de gestion ;
- 15° Des projets de décision fixant les modalités de gestion des dossiers individuels sur support électronique, en application des dispositions de l'article R. 137-3 ;
- 16° Des projets de décision relatifs aux modalités d'évaluation des agents hospitaliers ;
- 17° Des projets relatifs à la politique générale de formation du personnel, y compris le projet de document pluriannuel d'orientation de la formation des agents et le projet de plan de formation ;
- 18° Des projets de suppression d'emploi, en application des dispositions de l'article L. 543-1 ;
- 19° Des projets de décision relatifs au dispositif collectif d'accompagnement en cas de suppression d'emplois mentionné à l'article 3 du décret n° 2020-1106 du 3 septembre 2020 relatif aux mesures d'accompagnement en cas de suppression d'emploi dans la fonction publique hospitalière ;
- 20° Des projets de décision relatifs au temps de travail mentionnés par le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de la fonction publique hospitalière ;
- 21° Des projets d'orientation-cadre de l'établissement en matière de politique d'engagement collectif ;
- 22° Des projets de mesures permettant de faire cesser les manquements allégués dans le cadre de l'engagement d'une action de groupe, en application des dispositions de l'article R. 130-2 ;
- 23° Des autres questions pour lesquelles la consultation du comité social d'établissement est prévue par des dispositions législatives et réglementaires.

Le comité social d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public débat chaque année :

- 1° De la programmation des travaux de l'instance ;
 - 2° De l'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.
- Les établissements mentionnés à l'article L. 5 débattent chaque année du bilan de la politique d'engagement collectif

Le comité social d'établissement des établissements publics de santé est informé chaque année :

- 1° De la situation budgétaire de l'établissement ;
- 2° Du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;
- 3° Du budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code ;
- 4° Des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code ;
- 5° De la mise en œuvre du plan d'action pluriannuel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ;
- 6° Du bilan de la mise en œuvre des lignes directrices de gestion sur la base des décisions individuelles ;
- 7° De l'actualisation de la base de données sociales mentionnées à l'article R. 232-6 ;
- 8° De la création d'emploi à temps non complet, en application des dispositions de l'article 3 du décret n° 2020-791 du 26 juin 2020 fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires occupant un emploi à temps non complet dans la fonction

publique hospitalière ;

9° Du bilan des recrutements effectués par la voie du “ Parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et de l'Etat ”, en application des dispositions de l'article R. 326-57 ;

10° Du bilan de la mise en œuvre des mesures prévues à titre individuel ou collectif mentionné à l'article 3 du décret n° 2020-1106 du 3 septembre 2020 relatif aux mesures d'accompagnement en cas de suppression d'emploi dans la fonction publique hospitalière.

Article 7 – Formation Spécialisée en Santé, Sécurité et des conditions de Travail (F3SCT)

L. 251-12 et suivants du Code général de la fonction publique

La F3SCT contribue à la santé, à la sécurité et aux bonnes conditions de travail des agents en :

- participant à l'analyse des risques professionnels et à la prévention ;
- examinant les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale des agents, l'hygiène, la sécurité au travail ;
- intervenant sur l'organisation du travail, le télétravail, les enjeux de déconnexion et l'usage des outils numériques;
- émettant des avis sur les documents et projets liés à ces domaines (par exemple, le programme annuel de prévention des risques) ;
- assurant des visites et enquêtes sur sites pour identifier et proposer des améliorations.

Composition et fonctionnement :

- elle est composée de représentants de l'administration et de représentants du personnel désignés par les organisations syndicales siégeant au CSE ;
- elle est souvent présidée par le directeur de l'établissement ou son représentant ;
- elle se réunit régulièrement pour traiter des sujets relevant de sa compétence et émettre des avis consultatifs.

Article 8 – La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

Articles L. 6146-9 du Code de la santé publique

Articles R. 6146-10 à R. 6146-16 du Code de la santé publique

Présidée par le directeur des soins, coordonnateur général des soins, le fonctionnement, la composition et les missions de la CSIRMT sont définies dans son règlement intérieur (*cf. annexe 6 – règlement intérieur de la CSIRMT*).

Article 9 – Les Commissions Administratives Paritaires (CAP)

Les CAP sont des organes consultatifs institués dans chaque établissement, si les effectifs d'agents le permettent, et dans chaque département. Les CAP locales instituées au CHC sont compétentes à l'égard des salariés de l'établissement. Le CHC assure le fonctionnement et la gestion des CAP départementales.

Elles ont vocation à donner un avis préalable à la prise des décisions sur le déroulement de carrière (titularisation, avancement...) de l'ensemble des personnes titulaires régis par le statut de la fonction publique hospitalière et gérés localement (en sont exclus les stagiaires, les contractuels et les personnels de direction ; ces derniers relèvent d'une commission paritaire nationale).

Elles sont mises en place à la suite d'élections des délégués du personnel qui ont lieu tous les quatre ans. Il existe dix commissions administratives paritaires correspondant au classement des grades et corps dans les catégories A, B, C de la fonction publique hospitalière. La composition et les missions des CAP sont définies dans son règlement intérieur.

Article 10 – La Commission des Usagers (CDU)

Article L. 1112-3 du Code de la santé publique

Articles R. 1112-79 à R. 1112-94 du Code de la santé publique

La Commission des Usagers (CDU) est chargée de veiller au respect du droit des usagers, et de faire des propositions d'amélioration en termes d'accueil, de qualité, de sécurité de la prise en charge et de droit des usagers.

La CDU est composée des membres suivants :

Règlement intérieur du CHC

- Le président,
- Le vice-président,
- Le médiateur médecin ou son suppléant,
- Le médiateur non médecin ou son suppléant,
- Deux représentants des usagers ou leurs suppléants,
- Un membre de la CSIRMT ou son suppléant,
- Le président de la CME ou son représentant,
- Le directeur des affaires générales juridiques en charge des relations avec les usagers,
- La responsable qualité ou son représentant.

Peuvent être invitées, toutes personnes dont l'ordre du jour nécessite la présence, notamment le coordonnateur de la gestion des risques ou son représentant.

La durée du mandat du président et du vice-président est de trois ans, renouvelable deux fois.

La durée du mandat des médiateurs et des représentants des usagers est de trois ans, renouvelable.

Le mandat des autres membres de la CDU prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Son fonctionnement est défini par son règlement intérieur (*cf. annexe 3 – règlement intérieur de la CDU*).

La CDU se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des réclamations qui lui sont transmises.

Les missions de la CDU sont les suivantes :

- La CDU procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.
- Elle est informée de l'ensemble des réclamations formulées par les usagers de l'établissement.
- En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier.
- Elle recueille au moins une fois par an les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement.
- Elle recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre.
- Elle formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.
- Elle peut proposer un projet des usagers.

La CDU rend compte de ses analyses et propositions dans son rapport annuel.

Sur la base de ce rapport annuel, le conseil de surveillance délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est ensuite transmis à l'ARS Centre Val de Loire.

3. LES INSTANCES SPÉCIALISÉES

Article 11 – La Commission de l'Activité Libérale (CAL)

Articles R. 6154-12, R. 6154-14, R. 6154-15, R. 6154-16 et R. 6154-17 du Code de la santé publique

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'ARS.

La commission comprend :

- 1) Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- 2) Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
- 3) Un représentant de l'ARS désigné par son directeur général ;
- 4) Un représentant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) désigné par son directeur ;
- 5) Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la CME ;

- 6) Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la CME ;
- 7) Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 du Code de la santé publique.

La commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

Elle est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. A ce titre elle peut notamment se saisir ou être saisie de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale.

Elle se réunit une fois par an et établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement.

La commission est amenée à se faire assister d'un représentant du Bureau des Affaires Médicales et de la Direction des Finances.

Article 12 – Le comité d'éthique du CHC

Article L. 6111-1 du Code de la santé publique modifié par l'article 5 de la loi du 4 mars 2002

Le comité d'éthique du CHC est mutualisé avec les deux autres établissements de la direction commune (CH Nogent-le-Rotrou et le CH La Loupe)

Le principe est celui d'une instance de réflexion sur les pratiques soignantes et d'aide éthique à la décision médicale. Elle est pluridisciplinaire, pluraliste, consultative et indépendante composée de professionnels de santé et de personnes choisies pour leur compétence et/ou leur intérêt pour les problèmes éthiques : elle comprend des membres permanents et des experts extérieurs.

Le comité d'éthique a pour mission :

- D'identifier les problèmes éthiques rencontrés dans l'établissement ;
- De produire des avis ou des orientations générales à partir d'études de cas, questions particulières ou thèmes généraux ;
- De diffuser en interne des réflexions et des recommandations ;
- De favoriser en interne la réflexion sur l'éthique du soin ;
- D'organiser une information et une formation sur l'éthique médicale et hospitalière.

Il ne peut se substituer aux autres instances institutionnelles du CHC ou réglementations spécifiques (essais cliniques...). Il n'est pas compétent pour trancher ou examiner des différends entre personnes ou pour traiter les contentieux médicaux et soignants de l'institution. Il est tenu au respect du secret professionnel et du secret médical : tout dossier examiné par le comité l'est de façon anonyme. Il n'a aucun pouvoir contraignant et ne prend pas de décisions. Il peut éclairer la prise de décision en donnant un avis consultatif mais ne peut se substituer à la décision des médecins ou de l'équipe soignante.

Il dispose d'un règlement intérieur décrivant son organisation et son fonctionnement.

Article 13 – L'unité d'hygiène hospitalière

L'unité d'hygiène hospitalière est un élément important dans la démarche de promotion et de développement des mesures d'hygiène.

Elle travaille en relation étroite avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et avec le réseau de correspondants en hygiène dans chaque service., ce qui se traduit notamment par des actions de formation, de surveillance et de prévention et par la rédaction de protocoles qui sont inclus dans un guide de bonnes pratiques d'hygiène.

L'établissement dispose d'une Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH), placée sous l'autorité d'un pharmacien hygiéniste, qui a pour missions :

- Expertise dans la gestion du risque infectieux ;
- Mise en place et évaluation des procédures d'hygiène hospitalière ;

- Formation des professionnels dans la gestion du risque infectieux ;
- Surveillance des infections nosocomiales et/ou associées aux soins ;
- Investigations liées aux signalements d'infections nosocomiales.

Cette équipe s'appuie sur les travaux d'un laboratoire d'hygiène hospitalière (L2H). Ce laboratoire spécialisé est accrédité pour :

- ✓ Sous le N°1-2403 (section Laboratoires) : le prélèvement et l'analyse de recherche et dénombrement des légionnelles dans l'eau ;
- ✓ Sous le N°8-3624 (section Santé Humaine) : le contrôle microbiologique du lait maternel, le dépistage des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) et les entérobactéries productrices de carbapénèmase (EPC).

Portées disponibles sur www.cofrac.fr

Article 14 – La commission locale de surveillance des fluides médicaux

Circulaire DGS/3A/667 bis du 10 Octobre 1985 relative à la distribution des gaz à usage médical et à la création d'une commission locale de surveillance de cette distribution.

Missions :

- Evaluation de la conformité des matériels et des installations aux normes.
- Validation des procédures et autres opérations.
- Analyse des risques et garantir la sécurité des approvisionnements lors des ruptures de la chaîne (pannes, interruptions programmées).

Composition :

- 1) Le Président de la CME ou son représentant ;
- 2) Le Directeur ou son représentant ;
- 3) Le Pharmacien responsable de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ou son représentant ;
- 4) La Directrice des soins ou son représentant ;
- 5) Médecin Anesthésiste-réanimateur référent ;
- 6) Le Cadre de Santé Anesthésie ;
- 7) L'Ingénieur des Services Techniques ;
- 8) Le responsable technique chargé de l'entretien des installations et du matériel ;
- 9) Le correspondant local de matériovigilance.

La Commission peut inviter d'autres personnes intéressées par la problématique des fluides médicaux, suivant l'ordre du jour.

Fonctionnement :

- La Commission doit être réunie au moins une fois par an et autant que nécessaire.
- Elle doit notamment être consultée lors de travaux ou modificatifs touchant à l'approvisionnement, aux réseaux et à la distribution des fluides médicaux.
- Les convocations et le secrétariat seront assurés par la Direction des Services Techniques (DST).

Article 15 – La Commission des Séjours Longs (CSL)

La CSL œuvre dans une logique d'établissement. Ce n'est pas un audit des services ou une évaluation des pratiques professionnelles. Chaque semaine, elle analyse les motifs de prolongement des séjours de plus de 15 jours dans les services de Médecine et Chirurgie. Les causes révèlent les grandes tendances pour lesquelles un plan d'action va être mené. L'objectif prioritaire est l'amélioration de la qualité de prise en charge, qui se trouve être en harmonie avec des enjeux d'amélioration des conditions de travail et d'équilibre budgétaire :

- Donner le bon lit pour le bon patient ;
- Réduire le temps du personnel consacré à la gestion des lits ;
- Optimiser les recettes à moyens constants.

Elle est appelée à jouer un rôle pivot dans l'organisation et l'évaluation des modalités d'admission des patients. Elle présente un rapport annuel à la CME.

4. LES COMMISSIONS ÉMANANT DE LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite « loi HPST »

Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du Code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires)

Il est créé au sein de la CME des sous-commissions spécialisées, chargées de participer par leur avis à l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :

- Le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé ;
- La lutte contre les infections nosocomiales ;
- La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les iatrogénies médicamenteuses ;
- La prise en charge de la douleur ;
- La définition de la politique alimentaire et nutritionnelle.

Le président et le vice-président de chaque sous-commission sont désignés par le président de la CME après avis de cette instance. La composition nominative des sous-commissions est arrêtée par le directeur. Elle est renouvelée après chaque renouvellement de la CME.

Ces sous-commissions spécialisées :

- Participent à l'évaluation des pratiques dans les différents secteurs d'activité ;
- Apprécient l'impact de la mise en œuvre des mesures adoptées par le conseil d'administration ;
- Élaborent d'un programme annuel d'actions ;
- Formulent des recommandations notamment en matière de formation.

Les programmes, propositions, rapports et avis de ces sous-commissions sont soumis à l'examen de la CME, puis transmis à la CSIRMT, au CSE, au F3SCT et à la CDU. Les projets de délibérations du conseil de surveillance dans les domaines concernés sont accompagnés des avis rendus par les sous-commissions compétentes.

Les sous-commissions disposent d'un délai de 15 jours pour émettre un avis sur les projets dont elles sont saisies (exception faite de la consultation de la sous-commission de lutte contre les infections nosocomiales sur les programmes de travaux, l'aménagement de locaux, ou l'acquisition n d'équipement pour laquelle il est prévu un délai de réponse de 15 jours à 2 mois selon la nature et l'ampleur des opérations concernées). Sans réponse de la sous-commission passé ce délai, l'avis est réputé rendu.

Ces sous-commissions sont tenues informées :

- Des résultats de la procédure de certification ainsi que des engagements nécessaires pour y faire suite ;
- Des événements indésirables survenus dans l'établissement.

Ces sous-commissions peuvent entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite « loi HPST », a supprimé les alinéas du Code de la santé publique imposant la constitution de ces diverses commissions, et confère à la CME et au directeur une responsabilité d'organisation de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il reste néanmoins que les fonctions de ces sous-commissions doivent continuer d'être assurées au sein des établissements de santé.

Article 16 – La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS)

Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, article 7

La permanence des soins a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des internes et des auxiliaires médicaux en dehors du service quotidien, chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou férié.

Le règlement intérieur pour l'organisation de la permanence des soins, a été adopté le 7 Mai 2018, par décision du Directeur du CHC, sur proposition de la COPS et de la CME. Ce document tient compte des règles de droit en vigueur et des principes d'organisation définis par l'établissement.

L'organisation des gardes des internes est définie dans la charte de gestion du temps de travail médical.

La composition de la COPS est fixée par décision du directeur et comprend :

- 1) Le directeur ou son représentant assisté du collaborateur de son choix ;
- 2) Le président de la CME ou son représentant ;
- 3) Des personnels médicaux, dont le nombre et les modalités de désignation, ainsi que celles du président de la commission, sont arrêtés par la CME. Parmi ces représentants, la moitié au moins devra être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedi après-midi, de dimanche et de jours fériés sous forme de permanence sur place ou d'astreinte ;
- 4) Les services, départements ou autres structures ayant opté pour une organisation en temps médical continu doivent obligatoirement être représentés par un membre du personnel médical du service, du département ou de la structure concernée.

En dehors des membres de droit, la COPS a deux représentants titulaires et deux suppléants par pôle. En fonction du thème abordé, des chefs de service ou leurs représentants peuvent participer aux travaux de la commission.

Article 17 – La commission de Développement Professionnel Continu (DPC) et la commission de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

Il est créé au sein de la CME une sous-commission chargée du Développement Professionnel Continu médical (DPC) et une sous-commission de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Elles participent à ce titre à l'élaboration des plans de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens. Elles préparent les travaux de la CME en ce qui concerne les mesures relatives au respect de l'obligation de formation continue ainsi que les conclusions des organismes chargés de l'évaluation des praticiens.

Composition de la Commission DPC personnel médical :

- 1) Représentants du personnel médical désignés par la CME, avec au minimum un représentant par pôle ;
- 2) Le Président de la Commission, membre de la communauté médicale et élu par la Commission ;

Membres de droit :

- 3) Le Directeur ou son représentant ;
- 4) Le Président de la CME ou son représentant ;
- 5) Le Directeur des Affaires Médicales ou son représentant ;
- 6) Le référent DPC médical ;
- 7) Le Coordinateur général des soins ou son représentant ;
- 8) Le référent DPC non médical ;
- 9) Les représentants de la qualité et de la gestion des risques ;
- 10) Un représentant de la cellule communication.

Composition de la Commission EPP :

- 1) Le Président de la Commission EPP ;
- 2) Les référents du DPC médical ;
- 3) Un représentant de la cellule Qualité ;
- 4) Un référent gestionnaire de la gestion des risques liée aux soins ;
- 5) Un représentant de chaque instance (CSRIRMT, CLUD, CLAN, CLIN, COMEDIMS) ;
- 6) Un référent cadre et médecin de chaque pôle.

Elles peuvent entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour. En particulier, elles peuvent associer à ses travaux relatifs à l'évaluation des pratiques professionnelles les praticiens experts, les médecins habilités, les représentants des organismes agréés et le Chargé de Mission Régional pour l'Évaluation (CMRE).

Article 18 – Le Comité de coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires (COVIRIS)

Le COVIRIS a pour mission de contribuer par ses études et ses propositions à l'amélioration de la sécurité des patients en ce qui concerne l'utilisation :

- Des produits sanguins labiles ;
- Des dispositifs médicaux non stériles ;
- Des médicaments et des produits sanguins stables ;
- Des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ;
- Des organes, tissus, cellules d'origine humaine et animale.

Il veille en particulier à la mise en œuvre des règles et procédures d'hémovigilance, de matériovigilance, de pharmacovigilance, de réactovigilance et de biovigilance prévues par la réglementation.

Il est notamment chargé de la coordination des actions d'hémovigilance entreprises au sein de l'établissement :

- Il s'assure auprès des services responsables de la présence dans le dossier médical des documents relatifs aux actes transfusionnels et, le cas échéant, de la copie de la fiche d'incident transfusionnel ;
- Il est saisi de toute question relative à la collaboration des correspondants d'hémovigilance de l'établissement de transfusion sanguine distributeur et de l'établissement, et plus généralement de toute question portant sur les circuits de transmission des informations, en vue d'améliorer l'efficacité de l'hémovigilance ;
- Il se tient informé des conditions de fonctionnement des dépôts de sang lorsqu'ils existent.

Au CHC, il a été décidé que l'ensemble des vigilants feraient partie du comité de pilotage (COPIL) qualité – gestion des risques. L'ingénieur biomédical est invité lorsque le COVIRIS examine les questions relatives à la matériovigilance liées à des équipements médicaux et/ou consommables médicaux non stériles dont l'achat est placé sous son autorité.

Les questions qui doivent être abordées au COVIRIS sont traitées au COPIL qualité – gestion des risques.

Article 19 – Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

Article R. 6111-1 et suivants du Code de la santé publique Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

Le CLIN :

- Coordonne l'action des professionnels de l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales, y compris la prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques
- Prépare, chaque année, avec l'EOHH, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales, tendant à assurer :
 - La prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux lié aux soins, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ;
 - La surveillance des infections nosocomiales et de leur signalement ;
 - La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales ;
 - L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions.

Dans le cadre de ses missions, le CLIN est notamment chargé de définir, en relation avec les professionnels de soins et la direction, les méthodes et indicateurs adaptés aux activités de l'établissement permettant l'identification, l'analyse et le suivi des risques infectieux nosocomiaux, dans le cadre de la politique nationale et des orientations du projet d'établissement.

L'EOHH est consultée lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales dans l'établissement. Selon la nature et l'ampleur des opérations concernées et leur impact prévisible sur la prévention et la gestion du risque infectieux, l'avis doit être formulé dans un délai de 15 jours à 2 mois, selon les dispositions définies par le référentiel institutionnel établi par l'unité d'hygiène et les services techniques et logistiques et validé par la direction. Au-delà du délai prévu, l'avis est réputé donné.

Le CLIN participe à la définition des objectifs généraux de lutte contre les infections nosocomiales, à l'occasion de l'élaboration du projet d'établissement.

Le CLIN est composé de vingt-deux membres au maximum :

- 1) Membres de droit = les représentants de l'UFHHLIN :
 - Praticien responsable
 - Cadre de santé
- 2) Représentants de la CME :

Praticien seniors désignés par la CME après candidature, dont au moins :

- 1 praticien issu d'une discipline chirurgicale
- 1 praticien issu d'une discipline médicale

- 1 praticien réanimateur
- 1 praticien pharmacien
- 1 praticien microbiologiste
- 3) Représentant des sages-femmes et représentants du personnel paramédical sur proposition de la direction des soins
- 4) Représentants de l'administration et des instances
 - 1 représentant de l'équipe de direction sur proposition de la DG

Le CLIN élit – parmi les médecins et pharmaciens nommés – un président et un vice-président. Le Président du CLIN est membre de droit du COMEDIMS (Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles) et membre du Conseil de Bloc. Le vice-président du CLIN est membre du CoGRIE (Comité de Gestion du Risque Infectieux Environnemental) et assure la liaison entre le CLIN et la COMAI (Commission des Anti-Infectieux).

- 5) Représentants des usagers
 - 1 représentant des usagers participe à toutes les séances du CLIN
- 6) Invités :
 - Invité permanent : le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
 - Invités occasionnels : Le médecin responsable du DIM ou d'autres invités, en fonction de l'ordre du jour de chaque séance du CLIN.

Le CLIN se réunit régulièrement à l'initiative de son responsable qui fixe un ordre du jour (au moins 3 réunions par an). L'ensemble des membres s'engage à une participation active. Dans le cas contraire un remplacement est envisagé. En fonction de l'ordre du jour, le CLIN peut convier des personnalités extérieures. Un procès-verbal de chaque réunion est réalisé et transmis aux membres du CLIN et au Président de la CME. Le secrétariat de l'EOH assure le secrétariat du CLIN : diffusion et archivage des procès-verbaux, diffusion et archivage de courriers émanant du CLIN, réservation d'une salle pour les réunions, diffusion aux membres de la date, du lieu et de l'ordre du jour de chaque réunion.

Article 20 – La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)

La COMEDIMS participe à l'élaboration :

- De la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement ;
- De recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. Le principal objectif est de promouvoir une politique de choix commune à l'ensemble des prescripteurs.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite « loi HPST », a supprimé les alinéas du Code de la santé publique imposant la constitution de diverses commissions, dont la COMEDIMS, et confère à la CME et au directeur une responsabilité d'organisation de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dont la politique des produits de santé. Il reste néanmoins que les fonctions de la COMEDIMS doivent continuer d'être assurées au sein des établissements de santé. La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle est composée de praticiens membre ou non membre de la CME par pôle représentatifs des services concernés par les médicaments et les dispositifs onéreux et trois pharmaciens.

Selon la Circulaire DHOS/E2-DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux, la COMAI ou Commission Médicale des Anti-Infectieux est une émanation du COMEDIMS.

Elle est composée par au moins :

- 1) Un praticien par pôle concerné par les médicaments anti-infectieux et un pharmacien, membre ou non membre de la CME, compétent en antibiothérapie ;
- 2) Un pharmacien ;
- 3) Un bactériologiste ;
- 4) Un membre de l'EOHH ;
- 5) Des représentants du CLIN et du COMEDIMS.

Missions :

- Coordination des actions de bon usage des ATB-AI, en relation avec CLIN et COMEDIMS.
- Elaboration et diffusion des recommandations pour ATB.
- Présentation avant diffusion au COMEDIMS.
- Elaboration de la liste des AI et liste des AI à dispensation contrôlée.
- Surveillance et évaluation.

Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en avril 2008 :

- La CAI est consultée par la COMEDIMS.

- La liste des AI est établie et validée par la CAI.
- Les protocoles d'antibiothérapie écrits sont validés par la CAI (*présent dans l'ICATB, indice composite de bon usage des ATB*).
- Audit de conformité (+ restitution des résultats) aux protocoles écrits : dans rapport CAI (*présent dans l'ICATB*).
- Au cours de l'année : au moins une enquête de pratique ou audit sur bon usage : ce document devant figurer dans le rapport de la CAI.

Article 21 – Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)

Article L. 1112-4 du Code de la santé publique

Le CLUD est chargé de contribuer par ses avis et ses propositions à la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en ce qui concerne la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

Le président (ou le vice-président) de la CME appartient d'office au comité.

a) les membres désignés :

- 1) C'est au président de la CME qu'est confiée la charge de choisir les autres membres du CLUD qu'il désigne après concertation avec le directeur de l'établissement en veillant à assurer la pluridisciplinarité du Comité qui doit refléter la spécificité de l'établissement.
- 2) Le CLUD est une instance pluridisciplinaire. Il comporte des praticiens hospitaliers (universitaires ou non) des services cliniques (médecine, chirurgie) et autres services spécialisés.
- 3) Il est souhaitable que le pharmacien responsable de la pharmacie de l'établissement ou à défaut le pharmacien gérant siège au comité.
- 4) Au moins un tiers et au maximum la moitié des membres du CLUD sera formé par des représentants des personnels soignants. Ceux-ci sont proposés par le Directeur des soins (ou son représentant) qui en est membre.
- 5) La présence d'un psychologue est souhaitable.
- 6) Lorsque l'établissement compte des structures de prise en charge de la douleur (consultation, unité, centre), identifiées selon les procédures dictées par la circulaire DGS/DH n°98/47 du 4 février 1998, et des structures de soins palliatifs, leur responsable sera membre du comité.

b) les membres associés :

- 7) Hormis les membres désignés ci-dessus siégeant avec voix délibérative, le directeur général (ou le directeur) de l'établissement est étroitement associé aux travaux du comité où il a voix consultative :
 - Il est responsable du secrétariat des travaux de la commission.
 - Il peut se faire représenter ou assister par toute personne de son choix en fonction des questions traitées, notamment le chargé des affaires économiques lorsque sont en cause les clauses techniques des marchés d'équipements sanitaires ou de matériel médical et l'ingénieur biomédical ou sanitaire quand sont abordés les problèmes d'équipements et de matériels.

Article 22 – Le Comité Local Alimentation Nutrition (CLAN)

Circulaire DHOS du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé

Le CLAN participe, par ses avis, à la définition de la politique alimentaire et nutritionnelle de l'établissement, en vue de l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition.

A cet effet, le CLAN participe :

- Au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.
- A la définition des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration.
- A la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition. Il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.
- A la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation.
- A l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.

La composition du CLAN, les conditions de son fonctionnement, les modalités de nomination de ses membres et la durée de leurs mandats, sont fixées par le conseil de surveillance dans les établissements publics de santé. Toutefois, la composition, variable en fonction de la taille de l'établissement, pourra être la suivante :

- 1) Le directeur ou son représentant.

- 2) Dix représentants, au plus, désignés par la CME, dont neuf médecins et un pharmacien.
- 3) Le directeur du service de soins infirmiers ou son représentant.
- 4) Le responsable de l'activité nutrition clinique ou son représentant, lorsqu'elle existe.
- 5) Le responsable de l'activité diététique ou son représentant.
- 6) Le responsable de la qualité ou son représentant.
- 7) Le responsable de la formation ou son représentant.
- 8) Le responsable de la restauration et de l'hôtellerie ou son représentant.
- 9) Le président du CLIN ou son représentant.
- 10) Un représentant des usagers.
- 11) Un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) désigné(e)s en son sein par la CSIRMT.

Article 23 – La Commission des Équipements Médicaux (CEM)

La Commission d'Équipement Médical (CEM) est une sous-commission de la CME.

Cette commission est en charge d'étudier les demandes d'équipements médicaux, de les prioriser au regard des enveloppes budgétaires allouées en tenant compte des orientations médicales de l'établissement et des projets institutionnels. Les projets institutionnels sont systématiquement priorisés par la CEM, ils sont inscrits et discutés avec transparence au sein de la CEM.

Tous les processus de mise en place des Équipements Médicaux, au sens réglementaire, sont discutés par la CEM :

- Acquisition de matériel.
- Location de matériel, crédit- bail.
- Mise à disposition de matériel contre achat de consommables.

Et ce pour tous les équipements médicaux :

- Gros équipements soumis à autorisation directe ou indirectement par l'activité soumise à autorisation.
- Équipement médical courant.
- Petit équipement paramédical ou « infirmier ».

Cette commission est composée :

- 1) De représentants de chaque pôle, dont la composition est définie dans la charte décrivant les « modalités d'organisation et de fonctionnement Commission des Équipements Médicaux » et validée par la CME ;
- 2) De l'Ingénieur Biomédical ;
- 3) D'un cadre supérieur de santé, représentant la Direction des soins.

La CEM est présidée par un membre désigné en son sein par la commission.

Les demandes d'équipements doivent être soumises conformément aux procédures diffusées sur l'outil de gestion.

Article 24 – La Commission des Admissions Non Programmés (CANP)

Circulaire n° 195/DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences renforcée par l'instruction n° DGOS/R2/2013/261 du 27 juin 2013 relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences

Cette commission a notamment pour missions de prévoir la contribution de chaque service et de garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, évolutive en fonction des activités programmées et des périodes. De même, la commission valide les propositions de fermeture temporaire de lits et fixe les capacités à maintenir disponibles pour l'urgence. Elle doit également valider et évaluer les protocoles organisant les filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée.

Composition :

- 1) Pilote : Direction des soins et gestionnaire de flux,
- 2) Membres : administrateur de garde, tous les cadres de pôles, le chef de service des urgences et la cadres des urgences.

Fonctionnement :

- Elle se réunit tous les vendredis à 13h30 pour évaluer l'aval des urgences : état des lits et des effectifs pour le week-end.
- Elle est activée en urgence lors de la situation « hôpital en tension ».
- Elle remplit et communique les tableaux demandés par l'ARS dans les situations « hôpital en tension ».

- Elle assure la gestion des lits mobilisables dans le cadre du plan hivernal.
- Elle assure un état des lits disponibles dans l'hôpital 3 fois par jour.
- Elle recueille les lits disponibles sur le territoire et le communique au médecin des urgences de garde.

Elle fait un rendu à la CME de son activité au sein de l'établissement 1 à 2 fois / an.

5. LES CORRESPONDANTS EN SÉCURITÉ SANITAIRE

Article 25 – Le responsable du signalement des infections nosocomiales

Désignation :

Le directeur désigne, après avis de la sous-commission de la CME chargée de la lutte contre les infections nosocomiales, le professionnel de santé chargé de leur signalement aux autorités sanitaires, ainsi que son suppléant.

Il en informe le directeur de l'ARS et le directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales.

Attributions :

Lorsque ces deux fonctions sont confiées à des personnes distinctes, le professionnel de santé chargé du signalement des infections nosocomiales aux autorités sanitaires, est informé par le praticien responsable de l'unité d'hygiène hospitalière des cas correspondants aux critères de signalement à ces autorités.

Il procède au signalement de ces cas par écrit et sans délai auprès du directeur de l'ARS et du directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'inter-région. Il informe de la transmission de ce signalement le praticien responsable du pôle d'activité dans lequel le ou les cas sont apparus, le médecin responsable du ou des patients concernés, et le président de la sous-commission de la commission médicale d'établissement chargée de la lutte contre les infections nosocomiales et le représentant légal de l'établissement.

Le recueil des informations concernant les infections nosocomiales devant faire l'objet d'un signalement est organisé selon des modalités définies par la sous-commission de la commission médicale d'établissement chargée de la lutte contre les infections nosocomiales. Le nombre annuel de signalements dans l'établissement est indiqué dans le bilan standardisé des activités de la lutte contre les infections nosocomiales prévu par la réglementation.

Article 26 – Le correspondant d'hémovigilance

Désignation :

Le correspondant local d'hémovigilance est désigné par le directeur, après avis de la CME, parmi les médecins de l'établissement. Le nom du correspondant est communiqué par l'établissement à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), au coordonnateur régional d'hémovigilance, et à l'établissement de transfusion sanguine distributeur.

Attributions :

Il est chargé d'assurer, pour le compte de l'établissement :

- Le signalement de tout effet inattendu ou indésirable dû, ou susceptible d'être dû, à l'administration d'un produit sanguin labile ;
- Le recueil et la conservation des informations prévues par la réglementation, pour chaque unité de produit sanguin labile qui est distribuée à l'établissement, en veillant à la qualité et à la fiabilité de ces informations ;
- La communication à l'ANSM et au coordonnateur régional d'hémovigilance des informations qu'ils sollicitent dans le cadre d'investigations ;
- La transmission à l'établissement de transfusion sanguine distributeur des informations prévues par la réglementation ;
- Le signalement à l'ANSM et au coordonnateur régional d'hémovigilance de toute difficulté susceptible de compromettre la sécurité transfusionnelle ;
- Les investigations à entreprendre en cas d'urgence sur des effets transfusionnels inattendus ou indésirables. Dans ce cas, il informe sans délai le coordonnateur régional, qui décide de la poursuite ou de l'interruption de ces investigations, et l'ANSM.

Article 27 – Le correspondant local de pharmacovigilance

Désignation :

Le correspondant local de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang est le pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur, ou le pharmacien qu'il désigne à cet effet.

Attributions :

- Il est responsable au sein de l'établissement de la dispensation et du suivi des médicaments dérivés du sang, ainsi que de l'enregistrement et de la conservation des informations relatives à ces médicaments, dans les conditions prévues par la réglementation.
- Il participe aux travaux du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance.
- Outre son activité dans le domaine des médicaments dérivés du sang, il concourt dans l'établissement à la pharmacovigilance, telle qu'elle est définie par la réglementation, en développant notamment des actions d'information interne en partenariat avec le centre régional de pharmacovigilance, et en apportant une aide aux professionnels de l'établissement pour leur déclaration d'incidents.

Article 28 – Le correspondant local de matériovigilance

Désignation :

Le correspondant local de matériovigilance est désigné par le directeur, après avis de la CME. La désignation du correspondant est immédiatement portée à la connaissance du directeur général de l'ANSM par l'établissement.

Attributions :

Il est chargé :

- 1° Dans le cadre de ses relations avec l'échelon national :
 - De transmettre sans délai au directeur général de l'ANSM toute déclaration d'incident ou de risque d'incident faite auprès de lui au titre du signalement obligatoire prévu par la réglementation ;
 - De transmettre au directeur général de l'ANSM, selon une périodicité trimestrielle, les déclarations d'incident ou de dysfonctionnement faites auprès de lui au titre du signalement facultatif prévu par la réglementation ;
 - D'informer les fabricants concernés des incidents ou risques d'incident mentionnés ci-dessus ;
 - D'informer l'Etablissement français des greffes de tout signalement d'incident ou risque d'incident provoqué par des dispositifs médicaux utilisés dans la collecte, la préparation, la conservation d'éléments et produits du corps humain - de conduire les enquêtes et travaux relatifs à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux demandés par le directeur général de l'ANSM ;
- 2° Au sein de l'établissement :
 - D'enregistrer, d'analyser et de valider tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un dispositif médical ;
 - De recommander, le cas échéant, les mesures conservatoires à prendre à la suite d'une déclaration d'incident ;
 - De donner des avis et conseils aux déclarants pour les aider à procéder au signalement des incidents ;
 - De sensibiliser l'ensemble des utilisateurs aux problèmes de matériovigilance et d'aider à l'évaluation des données concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux ;
- 3° De signaler au centre régional de pharmacovigilance tout incident ou risque d'incident provoqué par des dispositifs médicaux destinés à l'administration de médicaments ou incorporant une substance considérée comme un médicament au sens de la réglementation ;
- 4° De signaler au correspondant local d'hémovigilance tout incident ou risque d'incident provoqué par les dispositifs médicaux utilisés dans la collecte, la fabrication et l'administration de produits dérivés du sang.

Article 29 – Le correspondant local de réactovigilance

Désignation :

Le correspondant local de réactovigilance est désigné pour 4 ans par le directeur, après avis de la CME, parmi les médecins et pharmaciens de l'établissement, ayant une expérience en matière de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV). Son identité et sa qualité sont communiquées par le directeur au directeur général de l'ANSM.

Attributions :

Il est chargé :

- D'enregistrer et d'analyser tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un DMDIV ;
- De déclarer sans délai au directeur général de l'ANSM : tout incident ou risque d'incident dont il a connaissance ;
- D'informer les fabricants, mandataires, importateurs ou distributeurs intéressés des incidents ou risques

d'incidents mentionnés ci-dessus et d'en informer s'il y a lieu les responsables des autres vigilances des produits de santé dans l'établissement de santé ou de l'Etablissement français du sang ;

- De participer aux enquêtes, évaluations et expertises susceptibles d'être mises en œuvre sur les incidents ou risques d'incidents que peuvent présenter les DMDIV ;
- De donner des avis et conseils aux professionnels de santé extérieurs à l'établissement pour les aider à procéder au signalement des incidents ;
- De sensibiliser l'ensemble des utilisateurs à la réactovigilance et d'aider à l'évaluation des données concernant la sécurité et les performances des DMDIV.

Article 30 – Le correspondant local de biovigilance

Désignation :

Le correspondant local de biovigilance est désigné pour 4 ans par le directeur, après avis de la CME, parmi les médecins, pharmaciens, biologistes ou infirmiers de l'établissement. Il doit être doté d'une expérience dans les activités entrant dans le champ de la biovigilance. Son identité, sa qualité et son expérience sont communiquées par le directeur à l'ANSM.

Attributions :

Il est chargé de :

- Recueillir l'ensemble des informations portées à sa connaissance et relatives aux incidents et effets indésirables ;
- Déclarer tout incident à l'ANSM ;
- Informer le correspondant local de l'Etablissement français des greffes de tout incident ou effet indésirable survenu dans les activités de prélèvement ou de greffe d'organes ou de tissus ;
- Informer, dès lors qu'ils sont concernés, les autres correspondants locaux de biovigilance ainsi que les correspondants locaux des autres vigilances des produits de santé ;
- Procéder aux investigations et examens appropriés ;
- Signaler à l'ANSM toute difficulté rencontrée.

Il doit par ailleurs :

- S'assurer de la mise en place, par les services concernés, des circuits ou des procédures visant au recueil et à la conservation de tout document utile à la traçabilité des produits concernés, des résultats des analyses biologiques et des tests de dépistage ;
- Collaborer, dans le cadre de ses missions, avec les équipes de prélèvement ou de greffe de l'établissement, ainsi qu'avec la structure de coordination hospitalière de prélèvement.

Le directeur général de l'ANSM peut demander au correspondant local de mener à bien toute investigation et toute étude relative à la biovigilance.

Article 31 – Le correspondant local de cosmétovigilance

La cosmétovigilance s'exerce sur l'ensemble des produits cosmétiques après leur mise sur le marché. Elle est encadrée par le règlement (CE) n° 1223/2009 du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 relatif aux produits cosmétiques (règlement cosmétique), notamment l'article 23 et les articles L. 5131-5, L. 5431-8 et R. 5131-6 à R. 5131-15 du Code de la santé publique.

Article 32 – Le correspondant local de l'identito-vigilance

L'identito-vigilance garantit en particulier l'association du patient à son dossier. L'identito-vigilance doit être présente durant toute la prise en charge du patient en amont, au titre administratif, dès l'accueil du patient : en particulier lors du recueil des données administratives du patient en établissement de santé (nom, prénom, INS, etc.) en aval, au titre de l'identito-vigilance médicale.

Article 33 – Le correspondant local de l'informatico-vigilance

La CME a acté la création d'une cellule d'informatico-vigilance

Périmètre :

- Utilisation du SI en conditions normales de fonctionnement.
- Evaluer les risques et traiter les événements indésirables en rapport avec l'utilisation du SI lié à la prise en charge du patient.
- Les dysfonctionnements logiciels relèvent de la qualité et gestion des risques de la DSI et ne sont pas couverts par cette instance.

Composition

- 1) Info-vigilant médical ;
- 2) Info-vigilant pharmacien ;
- 3) Info-vigilant soignant ;
- 4) Coordinateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins ;
- 5) Responsable sécurité du système d'information ;
- 6) Utilisateurs ;
- 7) Médecin d'un service ;
- 8) Médecin utilisateur du progiciel UrQual ;
- 9) IDE d'un service ;
- 10) IDE utilisatrice du progiciel UrQual.

Fréquence : 1 réunion par trimestre

Missions :

- Travail de fond (exemple : identification des processus et des risques à priori d'une prescription médicamenteuse informatisée sur le logiciel CROSSWAY) avec la définition d'un circuit d'alertes ascendantes et descendantes.
- Revue des événements indésirables.

SECTION 2 – ORGANISATION DES SOINS HOSPITALIERS

1. LES PÔLES D'ACTIVITÉ, LES SERVICES INTERNES ET LES BLOCS OPÉRATOIRES

Article 34 – Les pôles d'activité

Article L. 6146-1 du Code de la santé publique

Le CHC dispose d'une gestion des activités médicales et médico-techniques par pôle. Le Directeur – Président du Directoire (note d'information n°14/2025 du 09 avril 2025) a arrêté le contour de six pôles d'activités médicales et médico-techniques, composés de structures internes de prise en charge du patient et de structures médico-techniques (service ou unité fonctionnelle).

L'organisation en pôle d'activité au CHC est la suivante (*cf. liste des pôles en annexe 1*) :

1. Urgences – USC – USMP – CNP – Imagerie médicale - Laboratoire
2. Pharmacie
3. Bloc opératoire – Surgicube – UCA – Consultations OPH
4. Médecine à Orientation Pneumologie – Médecine polyvalente
5. SMR – HDJ SMR – MGA – EHPAD - USLD
6. Médecine Ambulatoire (Consultations Externes – Odontologie – CPP – HDJ Médecine)

Les pôles ont signé un contrat avec la Direction et la Présidence de CME, afin de décliner la mise en œuvre des objectifs du projet d'établissement.

Pour élaborer le projet de pôle et assurer le suivi opérationnel de sa mise en œuvre, les pôles d'activité sont dotés d'un bureau de pôle.

Article 35 – Les services internes

Au sein des pôles, le CHC est organisé en services (*cf. liste des services en annexe 1*) créés par le conseil de surveillance sur la base du projet d'établissement.

Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline.

Les unités fonctionnelles sont les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, identifiées par leurs fonctions et leur organisation, ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées.

Des services peuvent être regroupés conformément à l'article L. 6135-1 du Code de la santé publique en fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) en vue soit du rapprochement d'activités médicales complémentaires, soit d'une gestion commune de lits ou d'équipements, soit d'un regroupement des moyens en personnel ou pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs.

Les activités de la fédération sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur médecin, biologiste ou pharmacien hospitalier.

Pour chaque fédération, une convention est arrêtée par le conseil de surveillance après avis de la CME et du CSE dans les conditions définies par voie réglementaire. Cette convention précise notamment l'organisation, la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels à ces activités, ainsi que les conditions de désignation et le rôle du coordonnateur et de ses assistants.

Article 36 – Le bloc opératoire

Circulaire DH/FH/n° 2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

Le CHC comprend 3 salles d'interventions et un SURGICUBE.

Rattachés au pôle Bloc Opératoire – Surgicube – UCA – Consultations OPH, les blocs opératoires plusieurs spécialités dont :

1. Ophtalmologique ;
2. Stomatologie, maxillo-faciale ;
3. Gastro-entérologie, endoscopies digestives et interventionnelles ;
4. Pneumologie.

L'organisation et le fonctionnement des blocs opératoires sont régis par une charte du bloc opératoire (cf. charte du bloc opératoire en annexe 6).

Le CHC est doté :

- ✓ D'un conseil de bloc opératoire dont le rôle est de faciliter l'organisation harmonieuse du bloc opératoire. Il comprend le Président du conseil de bloc, le Chef du bloc opératoire, le Directeur du CHC et son Adjoint, le Président de la CME, la Directrice des soins, l
- ✓ es représentants médicaux des services de soins, la cadre supérieur pôle médico-technique et fonctions transversales, des cadres de santé, le représentant du CLIN, des représentants des services supports dans les domaines suivants : pharmacie et stérilisation, biomédical, système d'information, services techniques, Coordonnateur gestion des risques. L'objectif est d'avoir une instance de pilotage du bloc opératoire, opérationnelle et efficace. En effet, le conseil de bloc a vocation à prendre des décisions et doit disposer d'outils lui permettant de mesurer l'impact de celles-ci.
- ✓ Et d'un bureau du conseil de bloc opératoire qui a pour missions de proposer pour validation au conseil de bloc les orientations organisationnelles et stratégiques du bloc opératoire. Il comprend le Chef de bloc opératoire, le Président du conseil de bloc, le Chef de service anesthésie, le Coordonnateur gestion des risques et des cadres paramédicaux du bloc (IBODES – IADES – SSPI).

2. L'ORGANISATION MÉDICALE

Article 37 – Le praticien chef de pôle

Les pôles d'activités cliniques sont placés sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle, nommé pour une durée de 4 ans renouvelable. Le chef de pôle met en œuvre la politique générale de l'établissement, organise avec ses équipes le fonctionnement du pôle, exerce les rôles définis par le contrat de pôle, intervient dans la gestion des personnels médicaux et assure la coordination interne du pôle, dans le cadre de ses orientations.

Il est assisté par un cadre supérieur de santé. Il élabore un projet de pôle et prévoit les actions à mettre en œuvre pour l'atteinte des objectifs.

Il est nommé par le Directeur sur proposition du Président de la CME.

Article 38 – Les responsables de structures internes, de services ou d'unités fonctionnelles

Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la CME, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé
Article R. 6146-4 du Code de la santé publique

Les praticiens responsables de structures internes, de services ou d'unités fonctionnelles assurent la mise en œuvre de la mission assignée à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale affectée.

Ils sont nommés par le directeur sur proposition du Président de la CME après avis du chef de pôle.

Les responsables de services sont nommés pour une durée de quatre ans, renouvelable, et qu'une formation adaptée à l'exercice de ces fonctions leur est proposée par le directeur (article R. 6146-4 du Code de la santé publique).

Article 39 – Catégories de personnel médical, pharmaceutique, odontologique et sages-femmes

Les différentes catégories de personnel médical exerçant au CHC sont les suivantes :

- Les praticiens hospitaliers ;
- Les praticiens hospitaliers à temps partiel ;
- Les praticiens contractuels ;
- Les assistants généralistes des hôpitaux ;
- Les assistants spécialistes des hôpitaux ;
- Les praticiens adjoints contractuels ;
- Les praticiens attachés ;
- Les internes en médecine, les internes en pharmacie, les internes en odontologie, les résidents et les médecins stagiaires étrangers ;
- Les étudiants en médecine ;
- Les sages-femmes.

Les praticiens à temps partiel, les attachés et les assistants assurent le service quotidien des jours ouvrables. Ils participent au service des dimanches et jours fériés ainsi qu'à l'organisation de la garde.

Article 40 – Activité médicale et continuité du service

Articles R. 6152-1 et R. 6152-2 du Code de la santé publique

Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Conformément au décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié, portant statut des praticiens hospitaliers, les praticiens hospitaliers à temps plein assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier.

Ils peuvent participer aux activités d'enseignement, de prévention et de recherche. Ils peuvent exercer des activités multi-sites et effectuer des demi-journées d'intérêt général. Ils participent aux tâches de gestion qu'elles peuvent impliquer.

Les personnels médicaux doivent, entre autres :

- Assurer les services du matin et de l'après-midi ;
- Participer aux services de gardes et astreintes ;
- Effectuer, si besoin est, les remplacements imposés par divers congés ;
- Tenir un dossier individuel par malade et le registre de service ;
- Assurer la permanence médicale des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical.

Dans le cadre des dispositions de l'arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé, le tableau mensuel de service établi avant le 20 de chaque mois pour le mois suivant, par le directeur responsable du secteur de garde, sur proposition du chef de service, comporte l'indication détaillée de chaque temps de présence à l'hôpital ou d'astreinte à domicile, en précisant le nom et les qualités du praticien qui en est chargé.

Ce tableau est notifié au directeur général, aux chefs de service concernés, et affiché dans les services.

Les modalités de gestion du temps de travail médical sont définies dans la charte de gestion du temps de travail médical validée lors de la réunion de la CME du 2 décembre 2014.

Article 41 – Obligations professionnelles générales des médecins, pharmaciens et odontologistes

Articles L. 6113-7 et R. 6113-1 du Code de la santé publique

L'ensemble des médecins et des étudiants en médecine, effectuant un remplacement ou assistant un médecin, sont soumis aux dispositions du Code de déontologie médicale.

- Le praticien doit soigner avec la même conscience tous les patients, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.
- Le praticien est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance, tout en veillant à respecter ou tenir compte des contraintes budgétaires de l'établissement.
- Le praticien ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Le praticien a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances grâce à la formation médicale continue.

En vertu des dispositions des articles L. 6113-7 et R. 6113-1 du Code de la santé publique, le praticien responsable d'une structure médicale ou médico-technique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement.

Article 42 – La permanence des soins et pharmaceutique

Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical de l'hôpital, dans toutes les disciplines, ainsi que les personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques, assurent :

- La permanence quotidienne du matin et de l'après-midi des jours ouvrables (examens et soins des malades hospitalisés, services de soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et produits visés à l'article prévu à cet effet dans le Code de la santé publique) ;
- La participation au service de gardes et d'astreintes des samedis après-midi, dimanches et jours fériés, des nuits, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés, dans les services d'hospitalisation complète.

Ils sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service, conformément au plan d'accueil des malades et blessés en urgence.

Dans le cadre des dispositions sur l'organisation générale du service normal de jour et du service de garde, le directeur de l'hôpital établit les tableaux de service mensuels nominatifs et ceux de participation au service de garde et d'astreinte.

Article 43 – Les visites médicales

Au moins une visite a lieu tous les jours dans les services d'hospitalisation. Elle est assurée par les praticiens du service ou leurs collaborateurs médicaux.

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement, chaque matin. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant le repas des malades. Le chef de service organise une contre-visite en fin d'après-midi.

Article 44 – Le pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur

Article L. 4211-1 du Code de la santé publique

La gérance d'une pharmacie interne est assurée par un pharmacien. Celui-ci assure dans le respect du présent règlement intérieur la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du Code de la santé publique, ainsi que les dispositifs médicaux stériles.

- Il mène ou participe à toute action d'information sur ces médicaments, matériels, produits ou objets ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage ; il contribue à leur évaluation et concourt à la pharmacovigilance et à la matériovigilance.
- Il mène ou participe à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines de la compétence pharmaceutique.
- Il est tenu d'organiser la distribution de médicaments aux patients ambulatoires.

Article 45 – Les internes

Arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne
Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes
Décret n° 2002-1149 du 10 septembre 2002 modifiant le décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie

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. Ils participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour.

En vertu des dispositions du décret n° 2002-1149 du 10 septembre 2002 modifiant le décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, en pharmacie et en odontologie, les gardes effectuées par les internes au titre du service normal de garde sont comptabilisées dans leurs obligations de services à raison de deux demi-journées pour une garde.

Le décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes (complété par l'arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne) prévoit qu'ils bénéficient d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit.

Ce repos de sécurité, d'une durée de onze heures, est constitué par une interruption totale de toute activité hospitalière et doit être pris immédiatement après chaque garde de nuit.

Au sein des services cliniques, les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), chaque jour, aux heures de l'après-midi arrêtées par le chef de service. Au sein des services médico-techniques, 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, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques. 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.

Article 46 – Les sages-femmes

Article L. 6146-7 du Code de la santé publique

En vertu des dispositions de l'article L. 6146-7 du Code de la santé publique, les sages-femmes sont responsables au sein du Centre Périnatal de proximité dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

3. L'ORGANISATION DE LA GESTION DES DONNÉES MÉDICALES

Article 47 – Le département de l'information médicale

Arrêté du 20 janvier 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du Code de la santé publique

Le département de l'information médicale est chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Le département de l'information médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers, dans le cadre du programme de médicalisation du système d'information (PMSI).

Conformément à l'arrêté du 20 janvier 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, le médecin responsable du département de l'information médicale veille à la validité et à l'exhaustivité des données recueillies.

Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation.

Article 48 – Traitement automatisé des informations nominatives

Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

A l'occasion de l'admission et du séjour du malade au sein de l'hôpital, des informations nominatives le concernant, d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Pour les traiter, le CHC recourt aux traitements automatisés d'informations nominatives dans le respect de la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Les données concernant le patient font l'objet d'un traitement automatisé ; elles sont transmises au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement et sont protégées par le secret médical.

Article 49 – Droit d'accès des patients

Le patient peut, par l'intermédiaire d'un médecin désigné par lui à cet effet, exercer son droit d'accès et de rectification. Ce droit s'exerce auprès du médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement, par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle il a reçu des soins ou du praticien ayant constitué son dossier. Le patient a le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement de données nominatives le concernant.

4. L'ORGANISATION SOIGNANTE

Article 50 – La coordination générale des soins

La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins, coordonnateur général des soins (CGS). Membre de l'équipe de direction, il est assisté par un ou des directeur(s) des soins adjoints.

Le CGS coordonne l'organisation, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques professionnelles des personnels placés sous sa responsabilité. Il anime le collectif des cadres supérieurs et des cadres de santé dont il assure le recrutement. Il propose au Directeur l'affectation des agents infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

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

Les cadres supérieurs de santé responsables de pôle assurent des missions d'organisation et de planification des soins et des activités médico-techniques en lien avec le chef de pôle. Ils animent une équipe de cadres de proximité qui sont placés sous leur responsabilité, notamment pour ce qui concerne la réalisation d'objectifs négociés et les projets de formation. Ils assurent par ailleurs les relations entre les directions fonctionnelles, la direction d'établissement et les services dont ils ont la charge.

Les cadres de santé coordonnent au sein du service dont ils ont la charge et sous l'autorité du directeur des soins, l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Ils en assurent l'animation et la gestion.

Les soignants, médico-techniques et rééducateurs accomplissent les actes professionnels relevant de leur compétence et à ce titre sont chargés de l'exécution des prescriptions médicales et des protocoles établis par les médecins. Dans le cadre de

leur rôle propre, les infirmiers mettent en œuvre les soins nécessaires à la préservation des fonctions vitales du patient, à sa sécurité et son confort, à son éducation sanitaire et à son accompagnement.

Les aides-soignants et auxiliaires de puéricultures dispensent des soins d'hygiène générale aux malades et aux personnes hébergées. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité des infirmiers et dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur formation.

Les agents des services hospitaliers (ASH) ont vocation à accomplir des tâches d'entretien et d'hygiène dans les locaux des soins. Ils participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades. Le service de bionettoyage du CHC, qui comprend la majeure partie des ASH, est rattaché à la direction générale.

Les étudiants des écoles paramédicales sont accueillis en stage sous la responsabilité des cadres paramédicaux et des professionnels maîtres de stage. Les étudiants en soins infirmiers élaborent des démarches de soins et sont chargés de réaliser dans le cadre de leur stage certains soins courants, qui leur sont confiés au regard de leur niveau de formation et des objectifs de stage. Les étudiants sont soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation.

En cas de dangerosité, d'insuffisance théorique et/ou pratique notable au regard du niveau de formation de l'étudiant et de son parcours, de comportement inadapté au regard de la profession préparée, la rédaction d'un rapport, avant de décider d'une suspension du stage, est une obligation qui incombe au cadre de santé ou au responsable de la structure d'accueil. Le rapport est rédigé en collaboration avec le tuteur et les professionnels qui ont encadré l'étudiant et/ou ont été témoins des faits mais hors de la présence de représentants de l'équipe pédagogique de l'institut de formation. Il présente la situation et les faits nécessitant d'être portés à l'attention du directeur de l'institut de formation. Il apporte les éléments requis pour que le directeur de l'institut soit en mesure de prendre une décision éclairée.

CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX USAGERS DE L'ÉTABLISSEMENT

SECTION 1 – ADMISSIONS

1. LES MODALITÉS GÉNÉRALES

1.1. LES MODALITÉS D'ACCUEIL ET D'ADMISSION DES MALADES

Article 51 – Principe du libre choix du malade

Article L. 1110-8 du Code de la santé publique

Circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital (le cas échéant).

Conformément à l'article L. 1110-8 du Code de la santé publique, les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis, sous réserve que le statut juridique de l'hospitalisation le permette.

Article 52 – Accès aux soins des personnes démunies

Article 76 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent à l'hôpital.

En conséquence, l'hôpital a mis en place une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) en médecine générale 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. De ses dispositions ne découle pas la gratuité des soins.

Article 53 – Accueil et admission

Article L. 6112-2 du Code de la santé publique

Telle que définie dans les missions du service public hospitalier, l'hôpital a pour mission et devoir, d'accueillir en consultation et/ou hospitalisation tous les malades dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination.

Quel que soit le mode d'admission du malade, celle-ci est prononcée par le directeur sur avis du médecin ou d'un interne de l'hôpital, sauf cas particulier prévu par la loi.

Article 54 – Livret d'accueil

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée Livret d'accueil du patient du CHC – Edition 2017

Il est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein de l'hôpital un livret d'accueil contenant tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. La Charte de la personne hospitalisée (les principes généraux) est jointe à ce livret (*cf. annexe 8 du présent règlement intérieur*).

Il mentionne l'existence du présent règlement intérieur tenu à la disposition de toute personne en faisant la demande auprès du cadre de santé.

Article 55 – Pièces à fournir au moment de l'admission

Quel que soit le mode d'admission du malade, sous réserve des dispositions des articles 52 – Accès aux soins des personnes démunies et 82 – Secret de la grossesse ou de la naissance du présent règlement, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade (l'adresse, le téléphone et le courriel pour le recueil de l'indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés : I-SATIS) et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

A cet effet, le malade ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau des admissions :

- Sa carte d'assuré social (carte vitale), permettant de présumer l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie ou l'attestation de droits à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU) ;
 - Une pièce d'identité (carte nationale d'identité, permis de conduire, carte de séjour, passeport...);
 - Une quittance de loyer d'EDF-GDF ou de téléphone de moins de trois mois ou tout autre justificatif de domicile ;
 - Le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur.
- ✓ Si le malade ne peut présenter sa carte d'assuré social ou justifier de l'ouverture de ses droits, il doit communiquer tous les renseignements demandés par l'établissement. Le tiers payant n'est pratiqué que lorsque les informations communiquées par le patient le permettent.
- ✓ Si le malade n'est pas assuré social, et sous réserve des dispositions de l'article 52 – Accès aux soins des personnes démunies du présent règlement, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation et de se présenter pour un paiement en régie.

Article 56 – Admissions en hospitalisation

- Admission à la demande d'un médecin traitant suite à une consultation :

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence, sur présentation d'un certificat médical ou d'une lettre du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressé au médecin du service hospitalier. Il y est mentionné la nécessité du traitement hospitalier et les divers renseignements d'ordre médical utiles au diagnostic et au traitement, il peut y être indiqué la discipline dans laquelle l'intéressé doit être admis. Cette admission doit être programmée.

- Admission programmée :

Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au malade, après avis du chef de service, ou du médecin responsable de l'unité fonctionnelle. Afin d'organiser sa pré-admission, le malade est invité à se rendre au bureau des admissions de l'hôpital où il lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces nécessaires le jour de son admission telles que mentionnées à l'article 55 – Pièces à fournir au moment de l'admission du présent règlement intérieur.

- Admission directe dans le service :

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le malade est dirigé sans délai vers un service 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.

- Admission à la suite d'un transfert :

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

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ayant en charge le malade 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 malade dans un établissement adapté à son état de santé.

Sauf cas d'urgence, le malade doit être informé préalablement à son transfert (provisoire ou définitif) dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement, hormis les cas prévus par la loi.

Le transfert est notifié à la personne à prévenir que le patient aura désigné lors de son admission.

Article 57 – Admission au service d'accueil et de traitement des urgences (SAU)

Le CHC dispose d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) pouvant :

- Accueillir 24h/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence ;
- Prendre en charge, notamment en cas de détresse.

Le directeur prend toutes mesures, si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, pour qu'ils soient assurés au sein de l'hôpital, 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 malade n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible. De ces dispositions ne découle pas la gratuité des soins.

Dans le cas où le malade est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans le service ou l'unité d'accueil, le cas échéant aux urgences, puis signé sans délai par un agent de l'hôpital habilité à le faire et par l'accompagnant ou le cas échéant par un témoin. Ses valeurs peuvent être conservées à tout moment dans un coffre.

Article 58 – Compétences du directeur en matière d'admission

L'admission au CHC est prononcée par le directeur ou son représentant sur avis d'un médecin de l'établissement.

Elle est décidée, hors des cas d'urgence reconnus par le médecin de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat médical par un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant de la nécessité du traitement hospitalier ; ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans indiquer l'affection qui motive l'admission ; il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant au médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

Si la personne qui doit être admise ne peut fournir les renseignements sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour sont remboursés à l'établissement, elle peut être amenée à verser une provision correspondant au montant prévisionnel de ces frais de séjour.

Article 59 – Information des familles des malades ou blessés hospitalisés en urgence

Article R. 1112-15 du Code de la santé publique

Toute mesure utile est prise pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par l'hôpital. Que le malade ait été conduit au sein de l'hôpital par le SMUR, les pompiers, la police ou tout autre moyen, il incombe aux agents 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 hôpital ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose. En cas de décès, l'information des familles est assurée conformément aux dispositions des articles 154 – Aggravation de l'état du patient, 155 – Constat du décès et 156 – Notification du décès du présent règlement intérieur.

Article 60 – Prise en charge par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

Les interventions du véhicule SMUR sont décidées par le centre de régulation du SAMU.

Lors de cette intervention, la composition de l'équipe du SMUR est déterminée par le médecin responsable du SMUR, en liaison avec le médecin régulateur du service d'aide médicale urgente auquel l'appel est parvenu. Le déclenchement des interventions est décidé par le centre de régulation situé au 44 Avenue du Président Kennedy – 28100 Dreux. Tout déclenchement même les sorties « blanches » sont facturées.

L'équipe du SMUR dispose de moyens de télécommunications lui permettant d'informer à tout moment le « Centre 15 » du SAMU du déroulement de l'intervention en cours.

Article 61 – Admission d'un malade amené par les forces de l'ordre

Lorsque le malade est amené par les autorités de police et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe à l'hôpital de faire connaître aux autorités que le malade est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire des autorités.

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu d'assurer les prises de sang et tout autre examen figurant sur une réquisition établie en la forme légale. Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du malade 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/ou aux gendarmes.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent à l'hôpital, en dehors de toute réquisition, un sujet en état apparent d'ivresse, ce dernier 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 à l'hôpital. Une attestation signée du médecin ayant examiné le malade 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 médecin responsable doit appliquer la procédure prévue aux situations de sortie pour refus de soins.

Article 62 – Refus d'hospitalisation exprimée par le malade

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut, un procès-verbal de refus est dressé par deux membres du personnel constatant cet état de fait.

Article 63 – Inventaire à l'admission en hospitalisation

Une information sur la possibilité de dépôt est faite au malade. Cette information est remise contre signature.

Dans les cas où le malade est hospitalisé en urgence et que son état de santé ne lui permet pas d'exprimer sa volonté, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé par le service des urgences, consigné et/ou complété par le service d'hospitalisation, conservé dans le dossier du patient. Pour les entrées week-end, jours fériés, nuits un coffre boîte aux lettres permet en l'absence du personnel de procéder au versement des dépôts. Les retraits ne sont possibles que les jours ouvrables, par le dépositaire.

Dans le cas où le malade est hospitalisé dans les services de psychiatrie, un inventaire est fait à l'entrée dans l'unité. Les effets restitués au patient sont sous sa responsabilité. Tout mouvement d'inventaire doit être signalé.

Conformément aux dispositions à l'article 117 – Dépôt des sommes d'argent, de titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur du présent règlement intérieur, certains objets à la demande des malades peuvent être confiés au régisseur.

Le Régisseur est responsable de plein droit, de la perte ou de la détérioration des valeurs déposées. Le malade reçoit systématiquement le reçu des objets pris en dépôt.

On l'informe par écrit :

- Des principes gouvernant la responsabilité de l'établissement en cas de perte, vol ou détérioration de ces biens selon qu'ils ont ou non été déposés.
- Des objets déposables, c'est à dire les choses mobilières dont la nature justifie la détention durant le séjour dans l'établissement et de la décharge de responsabilité pour ces objets que la personne admise ou hébergée déciderait de conserver.
- Des conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés.
- Du sort réservé aux objets non réclamés ou abandonnés dans l'établissement.

Il est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme non utiles à son hospitalisation. Les objets conservés seront soumis aux règles énoncées à l'article 117 du présent règlement intérieur.

Article 64 – Désignation d'une personne de confiance

Article L. 1111-6 du Code de la santé publique modifié par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - article 9

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade, selon les dispositions de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique, de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant qui sera consultée au cas où le malade serait 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. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

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

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'article 1111-6 du Code de la santé publique. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du Code civil, 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.

Article 65 – Structures de soins alternatives à l'hospitalisation : anesthésie ou chirurgie ambulatoire

Les structures alternatives à l'hospitalisation comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.

Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations. Elles ont pour objet de leur éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

Ces structures 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.

Article 66 – Structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit : Hôpital de Jour (HDJ)

Ces structures permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels ou itératifs, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale.

Elles dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12h, 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 intégrées dans les unités d'hospitalisation traditionnelle. Ces structures sont au nombre de deux au CHC : l'HDJ SMR et l'HDJ Médecine.

Article 67 – Le service social

Le service social est composé d'assistantes de service social.

Le service social hospitalier a pour mission de faciliter l'accès aux soins et de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales liées à la maladie. Son action vise à préserver l'autonomie, lutter contre l'exclusion et favoriser la réinsertion sociale et professionnelle.

Les assistant(s) de service social accueillent les patients, leurs familles et les groupes qui nécessitent une prise en charge médico-sociale. Dans le cadre de la relation d'aide et du respect du secret professionnel, ils informent, conseillent, orientent, accompagnent les personnes accueillies et effectuent les prises en charge en lien avec la maladie, le handicap et la dépendance.

Tout en veillant à la confidentialité des informations, son action s'exerce en intra et extrahospitalier, en complémentarité avec les équipes médicales, soignantes, administratives et les partenaires extérieurs. Le service social concourt également aux actions de prévention dans le domaine sanitaire et social, aux actions pédagogiques, individuelles et collectives, et aux actions institutionnelles.

1.2. LES RÉGIMES D'HOSPITALISATION ET DE CONSULTATION

Article 68 – Régimes d'hospitalisation

Le régime commun est appliqué au CHC. Le patient est admis en hospitalisation complète ou partielle selon le parcours dans lequel il s'est inscrit.

Le malade peut toutefois choisir un régime particulier conformément aux textes en vigueur selon les disponibilités du service.

Lorsque l'état d'un malade requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais au tarif du régime commun.

Les malades peuvent, sur leur demande, être admis au titre de l'activité libérale des praticiens concernés.

Article 69 – Modalités de prise en charge des frais d'hospitalisation

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle Article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent.

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier et éventuellement le ticket modérateur restent à la charge de l'hospitalisé.

A partir du 1^{er} janvier 2000, la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 sur la couverture maladie universelle permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale pour ses dépenses de santé. Elle offre également aux personnes dont les revenus sont les plus faibles une couverture maladie complémentaire.

Les personnes qui, au moment de la demande, sont sans domicile fixe doivent élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par décision de l'autorité administrative, soit auprès d'un centre communal d'action sociale.

Les bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

Article 70 – Consultations externes

Le CHC dispose de services de consultations et de soins pour malades externes. La liste et la localisation de ces services sont indiquées à l'entrée de l'hôpital.

Le Directeur du CHC établit et tient à jour, en accord avec les chefs de pôle ou de service 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 médecins exerçant au sein de l'hôpital veillent personnellement au respect de ce tableau, ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants.

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 intervenues en cours d'année. Ils sont affichés à la vue du public.

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 ; cette procédure les dispense de faire l'avance des frais. En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers, ils doivent payer le ticket modérateur.

Les personnes dépourvues de ressources suffisantes sont orientées vers la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ou vers le service social hospitalier visé à l'article 67 du règlement intérieur du CHC.

1.3. L'ACTIVITÉ LIBÉRALE DES MÉDECINS AU SEIN DU CHC

Article 71 – Principes d'organisation de l'activité libérale

Articles L. 6154-1 à L. 6154-6 du Code de la santé publique

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale dans les conditions définies aux articles L. 6154-1 à L. 6154-6 du Code de la santé publique.

Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques.

Article 72 – 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 médicales, 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 malade qui souhaite être pris en charge au titre de l'activité libérale doit recevoir, au préalable, toutes indications quant aux 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 malade 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 malade 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 a été pris en charge préalablement dans le cadre de l'activité libérale.

Le malade peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du directeur et après avis du chef de service, 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 malade doit verser en sus au médecin des honoraires. Le montant de ces honoraires est fixé par entente directe entre le malade et le médecin.

Le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires soit directement soit par l'intermédiaire de l'administration hospitalière, selon les modalités choisies dans son contrat d'activité libérale.

Aucun lit, aucune installation médico-technique ne peut être réservée 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.

Une commission de l'activité libérale est chargée au sein de l'hôpital de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concerne.

Elle peut être saisie par le préfet de département, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le directeur général, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement, tout praticien exerçant une activité libérale et désireux de lui soumettre une question relative à sa propre activité libérale (cf. article 11 – La commission de l'activité libérale du présent règlement).

2. LES MODALITÉS SPÉCIFIQUES

2.1. LES PATIENTS MINEURS

Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 lors de la première conférence européenne des associations « Enfants à l'Hôpital »

Article 73 – Garde et protection des mineurs

Le CHC est responsable des mineurs qui lui ont été confiés pour des examens médicaux ou des soins. En cette qualité, il est tenu de prendre en charge les besoins de l'enfant, notamment au plan psychologique, et de favoriser les mesures de protection appropriées, lorsqu'elles s'imposent.

Article 74 – Consultations pour les mineurs non accompagnés

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté sous certaines conditions :

- S'il s'agit d'une urgence médicalement constatée ;
- S'il est déjà suivi ;
- Si le rendez-vous a été pris par ses parents ou par son tuteur.

Article 75 – Admission des patients mineurs

Articles R. 1112-34 à R. 1113-36 du Code de la santé publique

L'admission des mineurs est prononcée à la demande du ou des représentant(s) de l'autorité parentale, du tuteur ou de l'autorité judiciaire. Ceci s'applique aussi dans le cas d'un mineur placé sous la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance.

En cas d'intervention chirurgicale, leur autorisation écrite et signée est obligatoire, sauf urgence ou impossibilité. Si pour une raison, l'autorisation ne peut être obtenue, le caractère vital permet de pratiquer l'intervention en recourant si besoin au Procureur de la République. Les personnes détentrices de l'autorité parentale devront être informées dans tous les cas de figure.

Article 76 – Mineurs présentés en urgence

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des mineurs hospitalisés en urgence soit prévenue des soins du CHC, conformément à l'article 53 du présent règlement.

Si l'admission en urgence ne se révèle pas nécessaire et n'est pas prononcée, la sortie du mineur ne peut se faire que selon la procédure prévue à l'article 80 – Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation du présent règlement.

Les mineurs aux urgences reçoivent les premiers soins nécessaires. Si nécessaire ils sont hospitalisés vers une unité pour enfants.

Article 77 – Hospitalisation des enfants

Le directeur organise, avec l'accord du médecin responsable du pôle, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur hospitalisation. Les parents sont informés des possibilités d'hébergement qui existent au CHC.

Un des parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant 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, s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins, ou avec les prescriptions de sécurité (radioprotection...).

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié. Lorsque l'état de l'enfant le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.

Article 78 – Admission des patients mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance

Articles R. 1112-34 et R. 1112-36 du Code de la santé publique

L'admission d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur lui a été confié par son père, mère ou 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 adresse sous pli cacheté, dans les quarante-huit heures de l'admission, au directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance le certificat confidentiel du médecin responsable de pôle indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

Article 79 – Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Article R. 1112-57 du Code de la santé publique

Des permissions de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation.

Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, mère, gardien ou tuteur. La personne ou les personnes exerçant l'autorité parentale doit préciser à la direction du pôle si le mineur peut quitter seul le CHC ou s'il doit être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisé. Un document de décharge sera à compléter dans tous les cas de prise en charge d'un patient mineur.

La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité et un courrier d'autorisation de sortie signée par le détenteur du droit de garde ou les détenteurs du droit de garde lors d'une autorité conjointe.

Article 80 – Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation

Article R. 1112-64 du Code de la santé publique

La personne ou les personnes exerçant l'autorité parentale informée de la sortie prochaine du mineur, doit préciser à la direction ou au chef de pôle dans lequel l'enfant est hospitalisé si le mineur peut quitter seul l'établissement ou s'il doit lui être confié ou être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne ou les personnes exerçant l'autorité parentale, le droit de garde ou du tiers que cette dernière a autorisé, des justifications sont exigées (pièces d'identité, extrait de jugement et courrier d'autorisation). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du patient.

2.2. LES FEMMES ENCEINTES

Article 81 – Prise en Charge au CPP

Dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens du CHC, et en vue d'assurer la sécurité de prise en charge des grossesses dans le département de l'Eure-et-Loir, un dispositif de suivi a été mis en place. Ce dispositif s'inscrit dans un réseau de soins. Le suivi, ainsi organisée, permet au CHC d'assurer ses missions d'accueil de proximité pour les grossesses et le suivi gynécologique.

Article 82 – Admission des femmes désirant subir une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Articles L. 2212-1 et suivants du Code de la santé publique

Des interruptions volontaires de grossesses sont pratiquées au sein du CHC. La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

Conformément à l'article L. 2212-6 du Code de la santé publique :

En cas de confirmation, le médecin ou la sage-femme peuvent pratiquer personnellement l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au second alinéa de l'article L. 2212-2 du Code de la santé publique. S'ils ne pratiquent pas eux-mêmes l'intervention, ils restituent à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin ou à la sage-femme choisis par elle et lui délivrent un certificat attestant qu'ils se sont conformés aux articles L. 2212-3 et L. 2212-5 du Code de la santé publique. Le directeur de l'établissement de santé dans lequel une femme demande son admission en vue d'une interruption volontaire de la grossesse doit se faire remettre et conserver pendant au moins un an les attestations justifiant qu'elle a satisfaites aux consultations prescrites aux articles L. 2212-3 à L. 2212-5 du Code de la santé publique.

Conformément à l'article L. 2212-7 du Code de la santé publique :

- 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 est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin ou à la sage-femme en dehors de la présence de toute autre personne.
- Si la femme 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 mentionné à l'article L. 2212-4.
- 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, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.
- Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

Article 83 – Dispositions particulières relatives à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

Article L. 2223-2 du Code de la santé publique

La loi réprime le délit d'entrave à l'IVG en instituant des sanctions pénales à l'encontre de tout manifestant qui empêche ou tente d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une IVG ou les actes préalables prévus aux articles L. 2212-3 à L. 2212-8 du Code de la santé publique :

- Soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2 du Code de la santé publique, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements 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 dans ces établissements, des femmes venues y subir ou s'informer sur une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières.

2.3. LES PATIENTS GARDÉS À VUE ET DÉTENUS

Article 84 – Admission des personnes gardées à vue

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.

L'hospitalisation des gardés à vue se fait au sein des Urgences, comme pour les détenus.

Article 85 – Admission des détenus

L'admission des détenus nécessitant des soins est prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun. Pour autant, les lignes téléphoniques ne sont pas activées.

Ces détenus sont hospitalisés au sein du CHC, dans des locaux de Urgences pour une durée ne devant pas dépasser 72h. Toutefois, cela ne fait pas obstacle à ce que le CHC puisse assurer l'hospitalisation des détenus dans d'autres locaux en cas d'urgence ou de soins spécialisés. Au-delà des 72h, le patient détenu est pris en charge au sein d'une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI).

Le dossier médical des détenus est placé sous la responsabilité exclusive du CHC.

La famille d'un détenu n'est pas tenue au courant de l'hospitalisation de ce dernier, sauf s'il est mineur.

Article 86 – Soins dispensés en milieu pénitentiaire (USMP)

Le CHC assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire. Il concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisée au sein du Centre de Détention de Châteaudun.

Le maintien de l'ordre et la sécurité dans les locaux, où les personnels hospitaliers dispensent ces soins et accomplissent ces actions, sont assurés par l'administration pénitentiaire.

Les dépenses afférentes aux soins ainsi dispensés sont prises en charge par l'assurance maladie pour les patients en relevant.

Article 87 – Secteur d'admission des détenus

Les détenus sont en principe hospitalisés dans le cadre du service public hospitalier. Cependant, sur décision expresse du Ministre de la Justice, ils peuvent être traités à leurs frais dans le cadre de l'activité libérale des praticiens.

Article 88 – Surveillance des détenus

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

Les déplacements au sein de l'établissement (bloc, imagerie, consultation...) sont encadrés par les forces de l'ordre. En aucun cas la délégation à la sécurité du CHC ne doit être amenée à y participer. Tout incident grave doit être signalé aux autorités compétentes.

2.4. LES PATIENTS ÉTRANGERS

Article 89 – Admission des patients étrangers

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'un patient étranger non-résident en France est de droit, quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative. Hors les cas d'urgence, l'admission d'un patient étranger est subordonnée à la délivrance d'une prise en charge ou au versement d'une provision calculée sur la base de la durée prévisionnelle du séjour.

Le personnel hospitalier peut demander l'aide d'un interprète en se rapprochant de son encadrement. Il peut obtenir la liste des interprètes volontaires du CHC en contactant directement le standard. Toute demande autre (traduction écrite ou dans des langues différentes de celles parlées par les interprètes bénévoles du CHC) doit être présentée à la cadre.

2.5. LES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX

Article 90 – Admission des personnes atteintes de troubles mentaux

Articles L. 3211-1 et suivants du Code de la santé publique

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

1. **SPL (Soins Psychiatriques Libres)** : cas d'une personne hospitalisée avec son consentement.
2. **SPDT (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers)** :
 - 2.1. **SPDT** : Ces soins sous contrainte sont envisagés lorsque les troubles mentaux d'une personne rendent impossible son consentement aux soins, et que son état de santé impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante. Une personne justifiant de relations antérieures lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de la personne malade peut être le tiers demandant ces soins (membre de la famille, tuteur, proche...). En règle générale, deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours, dont un rédigé par un médecin n'exerçant pas

dans l'établissement d'accueil, constatent l'état mental de la personne et attestent de la nécessité des soins continus (article L. 3212-1 du Code de la santé publique).

- 2.2. SPDTU (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence) :** lorsque l'intégrité de la personne est en cause, une procédure en urgence peut être mise en œuvre, avec un seul certificat médical (article L. 3212-3 du Code de la santé publique).
- 2.3. SPPI (Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent) :** lorsque la recherche d'un tiers s'avère impossible **ET** en cas de péril imminent pour le patient, une admission peut être demandée sur la base d'un seul certificat médical (Article L. 3212-1 du Code de la santé publique).

SPDT			
Type de mesure	SPDT	SP en cas de péril imminent	SPDT en urgence
Indication		Péril imminent pour la santé et impossibilité d'obtenir une demande de tiers	Risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade
Article de loi	L 3212-1	L 3212-1-II-2	L 3212-3
Mise en place			
Tiers	Oui	Non (justification de l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers)	Oui
Certificats médicaux	2 certificats dont au moins 1 établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement	1 seul par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil	1 seul par tout médecin y compris de l'établissement d'accueil
Dans les 24h	1 certificat par un psychiatre de l'établissement qui doit être différent du/des certificateur(s) initial/ux		
Dans les 72h	1 certificat + 1 avis motivé par un psychiatre de l'établissement qui doit être différent du/des certificateur(s) initial/ux	1 certificat + 1 avis motivé par un psychiatre de l'établissement qui doit être différent du/des certificateur(s) initial/aux et du certificateur des 24h	
Contrôle du JLD	Systématique sous 15 jours et à tout moment sur demande du patient		
Tous les mois	Certificat médical circonstancié par un psychiatre de l'établissement		
Au-delà d'un an de soins continus	Avis motivé d'un collègue (deux psychiatres dont un ne participe pas à la prise en charge + 1 soignant)		
Levée des soins	<ul style="list-style-type: none"> - soit certificat du psychiatre attestant que la personne ne justifie plus de soins en SPDT - soit défaut de production d'un certificat - soit demande de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) - soit à la demande d'un membre de la famille ou de l'entourage du malade. 		

- 3. SPDRE (Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État) :** une personne atteinte de troubles mentaux compromettant l'ordre public ou la sécurité des personnes peut être admise en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat s'il y a danger pour elle ou pour autrui.
- 2 situations sont possibles :
- 3.1. Article L. 3213-1 du Code de la santé publique :** un arrêté préfectoral est pris sur la base d'un certificat médical circonstancié impérativement rédigé par un psychiatre.
- 3.2. Article L. 3213-2 du Code de la santé publique :** un arrêté du maire de la commune peut être pris, en cas de danger imminent pour la sureté des personnes, sur la base d'un certificat médical. Le maire doit en référer dans les 24h au Préfet. Si elles ne sont pas confirmées par un arrêté préfectoral dans les 48h, ces mesures deviennent caduques.

SPDRE

Type de mesure	SPDRE (demande du préfet)	SPDRE en urgence (sur arrêté municipal)
Indication		Mesure provisoire si danger imminent pour la sûreté des personnes
Article de loi	L 3213-1	L 3213-2
Mise en place	1 Certificat médical circonstancié par tout médecin sauf par psychiatre de l'établissement d'accueil 1 arrêté préfectoral motivé	1 certificat médical circonstancié par tout médecin hors établissement d'accueil ou à défaut avis médical circonstancié 1 arrêté municipal Puis => Décision préfectorale dans les 48 heures suivant l'admission
Dans les 24h	Certificat médical par un psychiatre de l'établissement, différent du médecin ayant établi l'admission	
Dans les 72h	Certificat médical par un psychiatre de l'établissement, différent du médecin ayant établi l'admission	
Contrôle du JLD	Systématique sous 15 jours et à tout moment sur demande du patient	
Tous les mois	Certificat médical circonstancié par un psychiatre de l'établissement	
Au-delà d'un an de soins continus	Avis motivé d'un collège (deux psychiatres dont un ne participe pas à la prise en charge + 1 soignant)	
Levée des soins	<ul style="list-style-type: none"> - soit sur arrêté préfectoral au vu d'un certificat motivé du psychiatre - soit en l'absence d'arrêté préfectoral dans les délais légaux - soit sur décision du JLD <p>*Cas particulier des personnes reconnues pénalement irresponsables pour des faits d'une particulière gravité (art L122-1 du Code pénal) : la levée de la mesure requiert l'avis d'un collège de soignants tel que précédemment défini ET l'avis concordant de 2 psychiatres experts.</p>	

L'hospitalisation libre des personnes atteintes de troubles mentaux est la règle et l'hospitalisation sans consentement l'exception. Dès son admission et, par la suite, à sa demande, le patient est informé de sa situation juridique et de ses droits.

Les patients en hospitalisation libre disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux patients hospitalisés pour une autre cause, et notamment le droit d'aller et venir librement à l'intérieur du pôle et au sein de l'hôpital. Dans le cas où le fonctionnement du pôle justifie la mise en œuvre de modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des patients. En aucun cas, elles ne peuvent porter atteintes à leur liberté d'aller et venir et doivent être organisées de manière à respecter ce principe.

Les patients en hospitalisation sous contrainte ne peuvent être accueillis que dans des hôpitaux ou services hospitaliers spécialement habilités 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 la mise en œuvre de leur traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Les personnes admises en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'État font l'objet d'une période d'observation de 72h au terme de laquelle le psychiatre propose la prise en charge appropriée à la situation du patient :

- Sortie ;
- Hospitalisation ;
- Libre ;
- Hospitalisation complète sous contrainte ;
- Ou bien mise en place d'un programme de soins (en ambulatoire mais sans consentement).

Les patients en hospitalisations complètes sur demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'État sont auditionnés par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) dans les 15 premiers jours suivant leur admission.

2.5. LES MAJEURS LÉGALEMENT PROTÉGÉS

Article 91 – Gestion des biens des incapables majeurs

La gestion des biens et/ou du majeur protégé hospitalisé au sein de l'hôpital peut, sur ordonnance ou jugement du juge des tutelles, être gérée par un mandataire judiciaire à la protection des majeurs qui exerce ces fonctions sous son contrôle.

2.6. LES MILITAIRES ET VICTIMES DE GUERRE

Article 92 – Admission des militaires

Les militaires professionnels, patients ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein du CHC, sauf en cas d'urgence et pour une durée limitée à 48 heures, ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire.

En cas d'hospitalisation, les frais de séjour des militaires de carrière sont pris en charge par la caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Article 93 – Admission des militaires en urgence

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission aux autorités militaires. Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées ou le centre hospitalier mixte le plus proche.

Article 94 – Admission des bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des Pensions Militaires, d'Invalidité et des Victimes de Guerre

Article L. 115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre

Les bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration du CHC pendant la durée de leur hospitalisation.

Leurs frais d'hospitalisation sont toujours entièrement pris en charge. Lorsque les soins sont en rapport avec la blessure ou la maladie qui ouvre le droit à la pension, les frais de séjour sont pris en charge par le ministère chargé des anciens combattants. Lorsque les soins ne sont pas en rapport avec la maladie ou la blessure qui ouvre le droit à la pension, les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, sur la base du taux de pris en charge reconnu au patient.

2.7. LES MALADES TOXICOMANES

Article 95 – Les malades toxicomanes

Articles L. 3412-1 à L. 3412-3, L. 3413-1 à L. 3413-3, L. 3423-1 et L. 3424-1 à L. 3424-4 du Code de la santé publique

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement hospitalier afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L. 3412-1 à L. 3412-3, L. 3413-1 à L. 3413-3, L. 3423-1 et L. 3424-1 à L. 3424-4 du Code de la santé publique.

2.8. LES PATIENTS SMR

Article 96 – Admission au sein d'une unité de soins médicaux et deréadaptation (SMR)

L'admission au sein d'une unité de SMR est prononcée pour les patients qui requièrent des soins continus dans un but de réadaptation.

Les SMR du CHC recouvrent deux domaines : la Gériatrie et la Médecine Physique et Réadaptation. Les critères d'entrée pour ce dernier domaine sont la nécessité d'une rééducation d'au moins deux heures par jour ou faisant intervenir deux professionnels de la rééducation.

Dans tous les cas, la mission du soin de suite est d'assurer la continuité des soins médicaux et d'organiser le mode de sortie approprié à la situation du patient.

Les unités spécialisées reçoivent les patients atteints de certaines affections qui sont susceptibles d'amélioration. Toutes les demandes d'admissions se font par le biais du logiciel « Trajectoire ».

Les admissions dans ces unités ne sont prononcées qu'après accord du responsable de pôle intéressé. Il existe deux modes d'admission :

- 1) Soit l'admission directe, qui nécessite l'accord préalable du service de contrôle médical du centre de sécurité sociale dont dépend le patient ;
- 2) Soit l'admission à la suite d'un transfert, tout patient hospitalisé au CHC, 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 SMR, sur proposition du chef de pôle où il est traité. Dans ce cas, le service de contrôle médical de la caisse de sécurité sociale dont relève le patient doit être averti dans un délai de 48 heures.

Quel que soit le mode d'admission du patient, des prolongations de séjour doivent être demandées, au cas où elles apparaissent nécessaires, dès l'expiration de la durée du séjour initial. Les unités de soins médicaux et de réadaptation, qu'elles soient ou non spécialisées, ne reçoivent les patients que temporairement.

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 :

- 1) Ou bien l'état du patient lui permet de retourner vivre à son domicile, dans son milieu familial, dans une maison de retraite ou dans toute autre institution d'hébergement avec si besoin le concours des services d'hospitalisation ou des soins à domicile ;
- 2) 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 ou une section de cure médicale doit être effectué, dans les conditions prévues à l'article 51 – Principe du libre choix du malade du présent règlement.

Il appartient à l'assistant de service social chargé du patient, de mettre en œuvre la solution la mieux adaptée en fonction de la situation, en liaison avec l'ensemble de l'équipe de soins, en tenant compte des souhaits du patient, s'il est en mesure de les exprimer, avec la famille et, le cas échéant, le tuteur.

Dans le cadre d'une orientation vers un autre établissement de soins, l'assistant de service social participe au choix et à la recherche de celui-ci selon la prescription du médecin et le souhait du patient. Les patients ayant donné leur accord pour la recherche d'une structure d'aval ne peuvent refuser la proposition d'un établissement plus de 3 fois. Si les structures choisies par le patient et / ou sa famille émettent une réponse négative, le service social (ou à la demande de la CSL) informera de l'élargissement des recherches sur des structures même éloignées.

SECTION 2 – SÉJOUR

1. LES SOINS

1.1. L'INFORMATION MÉDICALE

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée
Circulaire DGS/DH/95-22 du 6 mai 1996 a défini la charte du Patient Hospitalisé, modifiée suite à la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002

La charte du patient hospitalisé fait la synthèse des droits des patients avec pour objectif de les faire connaître concrètement aux patients accueillis dans les établissements de santé. Elle est annexée au livret d'accueil remis lors de l'admission. Parmi les dispositions nouvelles les plus marquantes prises en compte par la charte, on peut retenir : le droit pour la personne, d'accéder directement aux informations de santé la concernant, de refuser les traitements ou d'en demander l'interruption, de désigner une personne de confiance, de rédiger des directives anticipées pour faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie.

La section 2 du présent règlement intérieur ne vise pas à énoncer tous les droits du patient. La charte présente en annexe 8 du document permettra de donner des informations plus complètes en la matière.

Article 97 – L'information du malade

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Articles L. 1111-2 et suivants du Code de la santé publique

Articles L. 1110-5 et suivants du Code de la santé publique

Les personnes hospitalisées ou consultant au sein de l'hôpital doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens de l'hôpital assurent l'information des malades, qui doit être appropriée, accessible et loyale. Les personnels paramédicaux participent à cette information, dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles. Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leur conséquence, 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. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque les tiers sont exposés à un risque de transmission.

Article 98 – Le dossier médical du malade

Articles R. 1111-2 à R. 1111-8 du Code de la santé publique

Conformément aux dispositions relatives au Code de la santé publique, un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Le directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer :

- La garde et la confidentialité des dossiers conservés à l'hôpital.
- La communication du dossier médical du malade conformément aux règles en vigueur.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les chefs de service 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.

Article 99 – La communication du dossier médical du malade

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Article L. 1111-7 du Code de la santé publique

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 459 du Code civil, a accès à ces informations dans les mêmes conditions.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, 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.

Sous réserve de l'opposition prévue aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du Code de la santé publique, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues au dernier alinéa du V de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Article 100 – La relation avec les familles

Code de déontologie médicale
Article L. 1110-4 du Code de la santé publique

La malade a droit à toutes les informations qu'il désire obtenir concernant son état de santé, par contre ses proches y ont un accès limité.

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des malades dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles. Les indications d'ordre médical peuvent être données par le médecin dans les conditions définies par le Code de déontologie médicale.

Article 101 – La personne de confiance

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
Décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles
Article L. 1111-6 du Code de la santé publique

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait 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. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

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

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du Code civil, 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.

Article 102 – Le secret de l'hospitalisation

Les malades peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein de l'hôpital.

Toutefois, cette disposition ne fait pas obstacle à l'obligation, pour le directeur, de signaler aux autorités militaires l'admission en urgence de militaires.

Pour les malades demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil...) en sont avisés. Tout en restant conforme aux obligations de réserve et de discrétion professionnelle, il apparaît qu'en faisant preuve de vigilance, certaines informations dans un contexte d'hospitalisation peuvent être remises à des intervenants.

Article 103 – Le traitement informatique des dossiers

Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

A l'occasion de l'admission et du séjour du malade au sein de l'hôpital, des informations nominatives le concernant d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Elles font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques. Ces traitements informatisés sont mis en œuvre par les différents services hospitaliers : bureau des admissions, services médicaux et médico-techniques, service d'information médicale, etc... L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations ; les personnels en assurent la stricte confidentialité.

Ces traitements ne doivent pas porter atteinte à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

La loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a pour but de veiller au respect de ces principes. Elle prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par le malade, pour les informations nominatives qui le concerne et qui sont contenues dans un traitement informatique.

Toutefois, les informations à caractère médical ne peuvent être communiquées au malade que par l'intermédiaire d'un médecin qu'il aura désigné à cet effet, conformément à l'article 95 du présent règlement intérieur.

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions de cette loi. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données nominatives doit être déclaré à la CNIL, avant qu'il ne soit mis en exploitation.

Pour tout renseignement à ce sujet, les malades peuvent s'adresser à la direction de l'hôpital.

Article 104 – Plaintes, réclamations et voies de recours

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de sortie, le patient ou ses ayants droits peuvent faire part directement au directeur de l'hôpital de leurs observations et réclamations. Le directeur leur apporte une réponse.

Le directeur accuse réception des demandes et réclamations présentées par écrit, il donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer que par oral de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit.

Si le patient ou ses ayants droits estime avoir subi un préjudice dans le cadre de la prise en charge par l'hôpital, il peut saisir le directeur de l'hôpital d'une réclamation en vue d'obtenir réparation. Le directeur lui fait connaître les voies de recours qui lui sont ouvertes.

Les réclamations sont analysées par la Commission des Usagers (CDU), article 10 du présent règlement intérieur.

Article 105 – Le médecin médiateur

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Article L. 1111-7 du Code de la santé publique

Article R. 1112-82 du Code de la santé publique

Le médecin médiateur et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi les médecins exerçant dans l'établissement après avis de la CME (article R. 1112-82 du Code de la santé publique).

Le patient ou ses ayants droits peuvent solliciter une médiation avec le médiateur médecin ou avec le médiateur non médecin de la Commission des Usagers (CDU) dans les conditions du règlement de la CDU (article 10 du présent règlement intérieur). Lorsqu'il souhaite consulter un dossier médical, le médecin médiateur demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal, de ses ayants droit en cas de décès.

Le médecin médiateur rend compte de son action au directeur de l'hôpital et à la CDU.

Article 106 – L’information des patients sur les infections nosocomiales ou infections associées aux soins

Circulaire DHOS/E2 – DGS/SD5C n° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l’information des patients dans les établissements de santé Article L. 1413-14 du Code de la santé publique

La loi et le Code de la santé publique posent le principe d’un signalement par tout professionnel, hospitalier ou non, de tout événement indésirable lié à une prise en charge médicale (accident médical, affection iatrogène, infection nosocomiale, événement indésirable associé à un produit de santé).

Ainsi, l’article L. 1413-14 du Code de la santé publique pose les fondements légaux de l’information des patients engagés dans un processus de soins, de diagnostic ou de prévention.

L’information de la personne malade sur les infections nosocomiales ou infections associées aux soins est mise en œuvre à différentes étapes au cours des soins :

- 1) A l’entrée dans l’établissement de santé sur le livret d’accueil
- 2) En cours d’hospitalisation et en fonction du niveau de risque des soins dispensés (exemple : lors d’une intervention chirurgicale, d’une pose de cathéter...)
- 3) Lorsqu’une personne a contracté une infection nosocomiale, le médecin en charge de cette personne doit l’en informer dans le respect du code de déontologie.
- 4) Lorsque plusieurs personnes ont été exposées au même risque infectieux, une information rétrospective est nécessaire.

1.2. LE CONSENTEMENT AUX SOINS / LE REFUS DE SOINS

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Article 107 – Le consentement aux soins

Articles L. 1111-4, L. 1111-5 et L. 1111-6 du Code de la santé publique

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être entrepris sans que le patient en ait été préalablement et précisément informé et ait donné son consentement libre et éclairé. Lorsque le patient est hors d’état d’exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Sauf disposition législative contraire, aucun test de dépistage systématique des maladies contagieuses ne peut être effectué. Les prélèvements d’éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévues par la loi.

Article 108 – Le refus de soins

Articles L. 1111-4, L. 1111-5, L. 1111-5-1 et L. 1111-6 du Code de la santé publique

Lorsqu’un patient n’accepte pas l’intervention ou les soins, une solution alternative lui est proposée, dans toute la mesure du possible.

Devant un refus d’accepter toute proposition de soins, le patient peut quitter l’établissement après signature d’un document constatant sa décision. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé, contresigné par deux témoins attestant de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ces témoins sont des agents de l’hôpital. En cas d’urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du malade, le médecin responsable s’assure que le refus du patient procède d’une volonté libre et éclairée et d’une parfaite connaissance du risque qu’il encourt.

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

Articles L. 1111-4, L. 1111-5, L. 1111-5-1 et L. 1111-6 du Code de la santé publique

Si, lors de l'admission d'un mineur ou d'un majeur protégé, il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai du père, de la mère ou du représentant légal en raison de leur éloignement ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent dès l'admission, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans les cas où le père, la mère ou le représentant légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence.

Il est conservé dans le dossier du patient effectif du mineur ou du majeur protégé, les preuves de l'ensemble des démarches. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du malade risque d'être compromise par le refus de son représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance lui permettant de dispenser les soins qui s'imposent.

1.3. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX TRANSFUSIONS SANGUINES / SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE, AUX RECHERCHES BIOMÉDICALES, AUX DONS ET AUX PRÉLÈVEMENTS D'ÉLÉMENTS DU CORPS HUMAIN

Décret n° 2016-1118 du 11 août 2016 relatif aux modalités d'expression du refus de prélèvement d'organes après le décès
Décret n° 2014-1066 du 19 septembre 2014 relatif aux conditions de prélèvements d'organes, de tissus et de cellules humaines et aux activités liées à ces prélèvements

Art 110 – Transfusions sanguines et sécurité transfusionnelle

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles pourront être transfusés avec des produits homologues fournis par l'Etablissement Français du Sang (EFS) Centre Val de Loire. Ces produits sont prélevés et sélectionnés selon les normes très strictes de bonne pratique de l'EFS.

Néanmoins, pour les patients devant subir une intervention chirurgicale programmée pour laquelle les besoins en sang sont bien définis, il est envisageable, s'ils ne présentent pas de contre-indications spécifiques, de prélever leur propre sang qui leur sera transfusé ultérieurement. Dans le cadre de cette transfusion dite autologue, le sang est prélevé et conservé par l'EFS et est exclusivement réservé au patient concerné. Si la quantité de sang prélevée se révèle insuffisante, la transfusion sera complétée par du sang provenant d'autres donneurs.

Les médecins doivent informer les patients sur le traitement transfusionnel qui leur est nécessaire, sur les bénéfices attendus et les risques résiduels qu'il comporte ; ils doivent prescrire les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie et veiller en liaison avec le personnel infirmier aux conditions très strictes de leur administration. Ils doivent aussi s'assurer de la bonne traçabilité des produits effectivement administrés : les numéros des produits sont enregistrés dans le dossier médical du patient et dans le dossier transfusionnel informatisé ; ils sont transmis à l'EFS.

A la fin de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et pour les majeurs protégés, à la personne qui exerce la tutelle.

Un suivi transfusionnel est proposé à tout patient transfusé. Ces informations sont également communiquées aux médecins en charge du patient.

Au cas où survient chez un patient un événement indésirable ou une pathologie susceptible d'être corrélée à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance du CHC qui en est informé en prévient le correspondant d'hémovigilance de l'établissement de transfusion, en lui spécifiant les références des produits administrés. L'hôpital doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient dont il gère le dossier médical et qui est impliqué dans une enquête transfusionnelle bénéficie, dans un premier temps, des contrôles nécessaires et soit, par la suite, tenu informé de sa situation et, le cas échéant, orienté pour sa prise en charge vers un service compétent.

Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance et le correspondant d'hémovigilance de l'établissement veillent au respect des règles de sécurité transfusionnelle.

Article 111 – Les recherches biomédicales

Articles L. 1122-1 et suivants du Code de la santé publique

Les médecins peuvent proposer aux malades hospitalisés ou aux personnes venues pour consultation de participer à une recherche biomédicale.

La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de déroulement de ces recherches. Avant de réaliser une recherche sur l'être humain, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis du Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur ait informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi.

Les malades ou le cas échéant, leurs représentants légaux, sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation. Le directeur de l'hôpital et le ministre chargé de la santé doivent toujours être informés de la nature et des modalités des recherches entreprises.

2. LA VIE À L'HÔPITAL

2.1. LES PRINCIPES RÉGISSANT LE SÉJOUR

Article 112 – Règles générales

La vie hospitalière requiert du malade de respecter les principes de vie en collectivité dans son propre intérêt et dans celui des autres malades :

- Il doit notamment veiller à ne pas gêner par son comportement ou ses propos, les autres malades ou le fonctionnement du service.
- Il doit observer une stricte hygiène corporelle.
- Il doit être vêtu de façon décente au cours de ses déplacements dans l'enceinte de l'hôpital.
- Il doit respecter le bon état des locaux et objets qui sont à sa disposition.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade pour motif disciplinaire. Le directeur d'établissement peut ainsi être amené à prononcer l'exclusion du malade pour motif disciplinaire.

Hormis les cas précisés par la loi, il peut se déplacer librement au sein de l'hôpital dès lors que son état de santé le permet et qu'il n'entrave pas le bon fonctionnement du service hospitalier.

Article 113 – Dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur

Article R. 1113-1 du Code de la santé publique

Dès sa pré-admission à l'hôpital et au plus tard lors de son admission, le malade ou ses représentants légaux sont informés par écrit du régime de responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément aux dispositions légales. Le malade est invité à n'apporter à l'hôpital que les objets strictement utiles à son hospitalisation. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer ses objets, valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur de l'hôpital. Il lui est conseillé de ne conserver auprès de lui que les objets de faible valeur, excepté une pièce d'identité.

Il est remis au malade un reçu-inventaire des objets déposés. Les retraits ne sont possibles que les jours ouvrables, par le dépositaire.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, le régisseur est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des valeurs mentionnés sur le reçu-inventaire.

Pour les objets conservés par le malade, l'hôpital n'est responsable de leur vol, perte ou détérioration qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses personnels. L'hôpital 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. Les modalités d'inventaire se font en fonction des situations d'admission qui sont identifiées à l'article 56 –

Admissions en hospitalisation du présent règlement.

Article 114 – Effets personnels

Les malades doivent prévoir pour leur séjour à l'hôpital du linge personnel et un nécessaire de toilette.

Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement du malade. Son entretien n'incombe pas à l'hôpital. Si besoin, l'hôpital met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, le linge approprié.

En cas de vol des effets personnels des patients, ces derniers peuvent déposer plainte auprès de tout commissariat contre l'auteur du vol.

Article 115 – Horaires quotidiens du séjour hospitalier

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des malades.

Les horaires des visites sont affichés à l'entrée des services médicaux et sur les livrets spécifiques des différents services.

Article 116 – Service des repas

Les repas sont servis :

- Individuellement en plateau au lit du patient dans les services d'hospitalisation ;
- Collectivement dans les salles à manger des services des EHPAD Jallans et Fédé.

La composition du menu tient compte des aversions et régimes.

Un repas peut être servi aux visiteurs, à leur demande et moyennant paiement, exclusivement sur le site du CHC et des EHPAD Jallans et Fédé. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par le CHC et approuvé par le Conseil de surveillance.

Article 117 – Autorisation de sortie

Le patient peut, en fonction de son état de santé et de la longueur du séjour, bénéficier de permissions de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de quarante-huit heures, à laquelle sont ajoutés les délais de route.

Ces permissions de sortie sont données sur prescription médicale. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant doivent être notés dans le dossier et connus du service. La permission durant une nuit à l'extérieur de l'établissement doit être enregistrée au bureau des entrées.

Lorsqu'un patient autorisé à quitter l'hôpital ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant, sauf cas de force majeure. Il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Article 118 – Exercice des cultes

Pendant son séjour, le patient peut faire appel au ministre du culte de son choix. Il peut participer à l'exercice de ce culte, l'hôpital prévoit à cet effet un local d'accès aisé et de dimensions suffisantes, qui puisse servir de lieu de culte, de prière ou de recueillement aux différentes confessions.

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

Article 119 – Respect de la personne et de son intimité

L'intimité du malade doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post opératoires, des radiographies, des brancardages et d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

Les malades hospitalisés ne peuvent être amenés à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du malade et n'y pénétrer, dans

toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

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

Article 120 – Droits civiques

Article L. 71 du Code électoral

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

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès du cadre de santé, celui-ci va centraliser les demandes, en informer la direction des affaires juridiques et des relations avec les usagers qui se charge de contacter un officier de police judiciaire ou son délégué dûment habilité.

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

Article 121 – Interdiction des pourboires

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

Article 122 – Animaux

Article 88 de la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social Article R. 1112-48 du Code de la santé publique

Le présent article, interdisant, sauf besoin de service ou autorisation spéciale, l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte de l'hôpital, ne fait pas obstacle à ce que des chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité soient autorisés au sein de l'hôpital, conformément aux dispositions de la loi du 27 janvier 1993.

2.2. L'ACCÈS DES PERSONNES ÉTRANGÈRES À L'HÔPITAL

Article 123 – Visites et recommandations aux visiteurs

Article R. 1112-48 du Code de la santé publique

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des chefs de service concernés. 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 sur prescription médicale.

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 de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités spécialisées ;
- Pour les patients placés sous surveillance des forces de l'ordre et de l'administration pénitentiaire.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement du service. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients. Les patients peuvent demander au cadre infirmier responsable du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront d'avoir accès auprès d'eux.

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 prévue à l'article 231 du présent règlement.*

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les salles ou chambres de patients des médicaments, sauf accord exprès du

médecin, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient.

Il est veillé, dans l'intérêt du patient, à ce que ne lui soient pas remises des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec son régime alimentaire. Le cas échéant, les produits introduits en fraude peuvent être détruits à la vue du patient ou de sa famille.

Les plantes vertes ne sont pas autorisées dans les salles ou les chambres des patients.

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

Article 124 – Stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein de l'hôpital doivent faire l'objet d'une convention entre l'hôpital et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire.

Les stagiaires doivent être couverts par une assurance responsabilité civile.

Ils sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

Article 125 – Associations de bénévoles

Article L. 1112-5 du Code de la santé publique

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des visites ou des activités au bénéfice des patients au sein de l'hôpital doivent, préalablement à leurs interventions, obtenir l'autorisation du directeur et lui fournir : le statut de l'association, une attestation d'assurance de responsabilité civile et une liste nominative des personnes qui interviendront au sein de l'hôpital. Une convention est signée qui détermine les modalités de cette intervention.

L'accès auprès des malades est subordonné à l'accord de ces derniers ; le cas échéant, le chef de service peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service. Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin.

Les associations déclarées ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des patients peuvent faire l'objet d'un agrément. L'agrément est subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des patients et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit. Ces associations agréées de personnes patients et d'usagers du système de santé ont la capacité d'ester en justice dans la mesure où elles représentent les usagers.

Article 126 – Accès des professionnels de la presse

Loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse

L'accès des professionnels de la presse (écrite, audiovisuelle, radiophonique, photographique) au sein du CHC est régi par une procédure. Via le service de communication, la direction générale du CHC doit être systématiquement informée des contacts entre le CHC et la presse : par téléphone au 02.37.44.40.03 aux heures ouvrables (9h00-17h00) et en dehors des heures et jours ouvrables via le standard qui orientera sur le directeur de garde qui décidera ou non de recourir au responsable de la communication. Une autorisation sera accordée par le service de communication aux journalistes après avis du directeur.

Les images, photographies et interviews ne peuvent être réalisées qu'avec l'accord des intéressés. Dans ce cas le journaliste doit faire signer un accord écrit à la personne concernée, ou aux parents lorsqu'il s'agit d'un mineur. Dans ce cas, l'hôpital dégage sa responsabilité.

Article 127 – Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs

L'accès au sein de l'hôpital des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique.

S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur de l'hôpital. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

Article 128 – Les entreprises

Les représentants d'entreprises extérieures au CHC ainsi que tous les ouvriers, commerçants et artisans sont soumis à des règles particulières au sein de l'établissement. Ils doivent informer de leur venue l'accueil et respecter les règles en usage au CHC.

Les entreprises extérieures ne peuvent intervenir sur le CHC sans avoir au préalable rédigé un plan de prévention avec le Coordonnateur Sécurité et Protection de la Santé (CSPS).

Toutes les interventions par les entreprises extérieures doivent être réalisées dans le respect des procédures et instructions du CHC.

Comme tout visiteur, ils doivent veiller à respecter l'intimité et la tranquillité des patients hospitalisés. Ainsi, ils doivent s'abstenir d'utiliser des objets trop bruyants sauf si ce sont des outils de travail.

Article 129 – Gardes permanentes privées au chevet des malades

L'autorisation d'avoir une garde privée doit être demandée par écrit par le patient lui-même ou sa famille. Elle est subordonnée à l'accord et à la présomption médicale du directeur. À tout moment cette décision peut être suspendue.

La personne autorisée à se tenir en permanence auprès du malade ne doit effectuer aucun soin. Les frais occasionnés par cette garde ne sont pas pris en charge par l'hôpital.

3. LES SERVICES MIS À LA DISPOSITION DES PATIENTS

Article 130 – Courrier

Le vaguemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes leurs opérations postales (interdiction de traiter le courrier du personnel).

La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et elle est organisée au sein du service par un cadre de santé. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement aux intéressés conscients, par le vaguemestre ; ils sont remis en dépôt à la direction ou au gérant de tutelle, si le patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

Le courrier destiné aux mineurs non émancipés leur est distribué, sauf opposition des parents.

Article 131 – Téléphone fixe

Livret d'accueil du patient du CHC – Edition 2017 : page 34

Des appareils téléphoniques sont mis à la disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation ou à proximité. Les patients désirant passer des appels depuis leur chambre doivent en faire la demande auprès du personnel soignant du service. Les frais de connexion au réseau téléphonique sont à régler au prestataire délégataire de la prestation de téléphonie.

Le CHC définit des conditions d'accès spécifiques au réseau téléphonique. Ces conditions d'accès sont déterminées avec le souci du confort des patients, elles sont explicitées dans les services de l'hôpital au moyen d'affiches et dans le livret d'accueil des patients du CHC (page 34).

Article 132 – Télévision et radio

Livret d'accueil du patient du CHC – Edition 2017 : page 34

L'Hôpital a conclu un contrat de location avec une société extérieure. Si vous souhaitez la télévision, faites-en la demande. L'hôtesse passe tous les après-midis du lundi au vendredi. Les tarifs de location sont affichés dans votre chambre. Les télévisions personnelles sont interdites.

Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage des récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne gênent le repos des autres malades. Par mesure de sécurité, aucun téléviseur personnel ne peut être installé.

SECTION 3 – SORTIE DU PATIENT

1. LES CONDITIONS DE SORTIE

Article 133 – Compétences du directeur de l'hôpital en matière de sortie

Article L. 1110-8 du Code de la santé publique

Article R. 1112-58 du Code de la santé publique

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service. Le directeur ou son délégué émet un bulletin de sortie. Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie. Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat de l'hospitalisé dans un établissement dispensant des soins de suite et de réadaptation ou des soins de longue durée, ou dans une unité de soins de longue durée (USLD) ou tout autre établissement adapté à son cas.

Les situations de refus de sortie ou de refus de transfert doivent être gérées avec souci du dialogue, mais également avec fermeté. Un patient ne peut demander la suspension (forcément provisoire) de son transfert avec une autre structure que sur le fondement de son libre choix : « *le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire* » (article L. 1110-8 du Code de la santé publique), et si manifestement n'a été trouvée aucune solution de transfert acceptable.

- Dans ces situations et pour mettre fin à toute situation abusive, il convient, selon la situation, de :
 - o Rappeler au patient que la prise en charge dans une structure médicale s'achève dès qu'elle n'est plus justifiée médicalement (article R. 1112-58 du Code de la santé publique) ;
 - o Une requalification du séjour du patient est possible : requalification en séjour de pure convenance personnelle, qui n'a pas lieu d'être pris en charge par l'assurance maladie ; signalement de cette situation au contrôle médical de l'assurance maladie et facturation des frais de séjour dans leur intégralité au patient.
- Dans le cas d'un transfert, il doit, sauf impossibilité, être proposé au patient un établissement de transfert « objectivement » acceptable pour éviter une situation anormale et forcément conflictuelle.
- Dans tous les cas, les solutions judiciaires ou policières ne peuvent être que tout à fait exceptionnelles (demande par voie de justice l'expulsion du patient refusant sa sortie et devenu en quelque sorte occupant sans titre du domaine public).

Article 134 – Modalités de sortie

Articles R. 1112-59, R. 1112-60 et R. 1112-61 du Code de la santé publique

La sortie donne lieu à la remise au malade d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic, ni aucune mention d'ordre médical relatif à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

- Conformément à l'article R. 1112-61 du Code de la santé publique, tout malade sortant reçoit la lettre de liaison prévue à l'article R. 1112-1-2 du Code de la santé publique, les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.
- Conformément à l'article R. 1112-60 du Code de la santé publique, le médecin traitant est informé par la lettre de liaison prévue à l'article R. 1112-1-2 après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.
- En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire (par ambulance ou tout autre transport sanitaire) peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.
- A sa sortie, le malade dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. L'hôpital tient à la disposition des malades la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréés du département. Les frais occasionnés sont à la charge des malades.
- Tout malade recevra, dès l'annonce de sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et observations ; il peut le déposer dans le service de soins, dans les urnes placées dans chaque service. Ces

questionnaires sont conservés et font l'objet d'une analyse. Ce questionnaire de sortie est un élément fondamental d'évaluation de la qualité de l'accueil et des soins qui sont prodigués.

2. LES MODALITÉS PARTICULIÈRES DE SORTIE

Article 135 – Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Article R. 1112-57 du Code de la santé publique

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'à leurs père, mère, ou représentant légal et aux tierces personnes expressément autorisées par ceux-ci. La personne emmenant le mineur doit présenter une pièce d'identité. En aucun cas, le patient mineur ne peut quitter seul l'établissement. Le mineur n'a pas la capacité de signer une attestation s'il veut quitter l'établissement contre l'avis médical. Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant. Elle signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant par cette sortie ; si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé. Si cette demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le directeur du CHC ou son représentant saisit le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Article 136 – Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation

Article R. 1112-64 du Code de la santé publique

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Les personnes exerçant l'autorité parentale ou les tierces personnes expressément autorisées par celles exerçant l'autorité parentale (sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique) font connaître à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement. Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains d'une personne majeure désignée dans les conditions définies à l'alinéa précédent, de la personne exerçant le droit de garde ou du tiers que cette personne a autorisé, des justifications sont exigées (pièce d'identité, extrait de jugement). La photocopie des justificatifs est conservée dans le dossier du malade.

Article 137 – Sortie contre avis médical

Article R. 1112-62 du Code de la santé publique

À l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées en soins psychiatriques sous contrainte, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'hôpital. Toutefois, si le médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues à l'article 109 – le refus de soins du présent règlement. Le patient doit alors signer une décharge consignait 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 directeur 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.

Article 138 – Sortie à l'insu du service « fugues »

Dans ce cas, le CHC fait diligenter des recherches à l'intérieur de l'enceinte hospitalière. Si ces recherches s'avèrent vaines, il se devra d'avertir sans délai les proches du patient : la famille ou le représentant légal du patient, afin de s'assurer que celui-ci n'a pas regagné son domicile. Au cas où un patient a quitté l'hôpital sans prévenir et que les recherches entreprises pour le retrouver sont demeurées vaines, le directeur de l'hôpital ou son représentant dûment habilité doit prévenir le commissariat de police, 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 sur le plan médical ou légal, afin que ceux-ci organisent des recherches à l'extérieur de l'établissement.

En fonction de la pathologie du patient, le médecin traitant est informé par téléphone et/ou par courrier de la fugue du patient. La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté l'hôpital, à minuit.

Article 139 – Sortie disciplinaire

Article R. 1112-49 du Code de la santé publique

La sortie des malades peut, hors les cas où leur état de santé l'interdit, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des malades dans un autre service ou dans un autre établissement.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au malade, afin d'assurer la continuité des soins.

Article 140 – Questionnaire de sortie

Tout hospitalisé reçoit, avant sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations.

Les questionnaires remplis sont retournés à la direction afin d'être analysés.

Le Directeur communique périodiquement au Conseil de Surveillance, à la CME, au CSE et à la CDU, les résultats de l'exploitation de ces documents.

SECTION 4 – FACTURATION

Article 141 – Principe du paiement

Toute journée d'hospitalisation et tout soin réalisé en externe est facturable ; elle doit être payée au CHC.

Le paiement doit être effectué à l'ordre du Trésor Public par le débiteur dûment désigné (organisme d'assurance maladie, patient, autres tiers). Les consultations et actes sont facturés selon les nomenclatures de la sécurité sociale.

Il est rappelé aux malades ou aidants leur obligation de passage par le bureau des entrées en fin d'hospitalisation.

Article 142 – Tarif des prestations journalières

Les tarifs des prestations représentent le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Ils sont fixés chaque année pour la période du 1er janvier au 31 décembre et peuvent être révisés en cours d'année. Les tarifs applicables sont arrêtés chaque année par l'ARS. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, facturé par journée de présence au sein de l'hôpital, selon des règles spécifiques.

Article 143 – Forfait journalier

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une contribution forfaitaire du patient à ses frais de séjour. Le forfait journalier n'est pas compris dans les tarifs de prestations : il est toujours 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 par le livret d'accueil, le Bureau des entrées, le service social et l'affichage des arrêtés de tarification.

Article 144 – Paiement des frais de séjour et provisions

Dans le cas où les frais de séjour des malades ne sont pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable doivent souscrire un engagement de payer les frais de séjour dès l'admission.

Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser, au moment de leur entrée 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 du délai prévu, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les patients étrangers non-résidents sur le territoire français sont tenus au

dépôt d'une provision basée sur la durée prévisible du séjour, sauf pour les étrangers résidant dans un pays de l'Union Européenne munis du document E 112 attestant la prise en charge par les autorités ou organismes sociaux de leur pays d'origine. La programmation de l'hospitalisation est alors subordonnée au versement de la provision. En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la recette des finances du CHC exerce des poursuites à l'encontre des patients, le cas échéant de leurs débiteurs ou obligés alimentaires.

Article 145 – Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les patients sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année.

Cependant, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation dans trois cas :

- Pour les personnes assistant un enfant de moins de 15 ans 3 mois (notamment en chambre mère-enfant) ;
- Pour les personnes assistant un patient bénéficiant de la « prestation chambre particulière » ;
- Pour les personnes assistant un patient en fin de vie.

Si l'accompagnant ne peut être « hébergé » par le service de soins, il trouvera dans le livret d'accueil les coordonnées des structures répondant à ses besoins.

SECTION 5 – DÉCÈS

1. LES DÉCÈS

1.1. LE DÉCÈS D'UN PATIENT

Article 146 – Aggravation de l'état du patient

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et qu'il est en danger de mort, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent de l'hôpital dûment habilité et par tous les moyens appropriés.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime 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 du service.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants, ils peuvent prendre leurs repas au sein de l'hôpital et y demeurer en dehors des heures de visite, si les modalités d'hospitalisation le permettent. La mise à disposition par l'hôpital d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par l'hôpital sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

Article 147 – Constat du décès

**Décret n° 2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès
Arrêté du 17 juillet 2017 relatif aux deux modèles du certificat de décès
Articles 79 et 80 du Code civil**

Le décret n° 2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès complète les mentions devant figurer sur le certificat de décès, créant précisément « un volet médical complémentaire ». Celui-ci est nécessaire en cas : soit de recherche médicale ou scientifique des causes de la mort, comme stipulé à l'article L. 1211-2 du Code de la santé publique ; soit d'autopsie judiciaire, conformément à l'article 230-28 du Code de procédure pénale. Dans chacune des deux situations, c'est le praticien effectuant le travail qui rédige le document, là où le volet administratif et le volet médical du certificat de décès relèvent quant à eux du médecin qui constate et atteste le décès. « Les informations [...] confirment, complètent ou se substituent à celles figurant sur le volet médical du certificat de décès », précisent les pouvoirs publics. À noter en outre qu'à l'instar du volet médical, son pendant complémentaire ne doit mentionner ni le nom ni le prénom de la personne décédée ni le numéro d'inscription des personnes au Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques (RNIPP).

Par ailleurs, le décret stipule que le volet médical complémentaire se doit d'être établi « dans les meilleurs délais » et « sur support électronique », puis transmis au même destinataire que le volet médical dans les conditions définies à l'article R. 2213-1-2 du Code des collectivités territoriales. Au passage, il étend à l'intégralité du volet administratif la dématérialisation

de la procédure — en sachant qu'elle peut encore demeurer « à défaut sur papier » — avec non plus trois mais quatre exemplaires signés du médecin. Il s'agit en effet désormais d'en adresser copie « à la régie, à l'entreprise ou à l'association [...] chargée de pourvoir aux funérailles », ainsi « qu'au gestionnaire de la chambre funéraire » lors du transport du corps dans une autre municipalité que celle du décès. Enfin, il assouplit la procédure concernant le modèle de bracelet plastifié utilisé pour l'identification des personnes décédées, supprimant l'agrément jusqu'ici nécessaire du ministère de l'Intérieur.

Dès que le décès est constaté, le personnel infirmier :

- 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 décédé ;
- Rédige un bulletin d'identité du corps.

Conformément à l'article 80 du Code civil, en cas de décès dans les établissements de santé et dans les établissements sociaux et médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées, les directeurs en donnent avis, par tous moyens, dans les 24 heures, à l'officier de l'état civil. Dans ces établissements, un registre est tenu sur lequel sont inscrits les déclarations et renseignements portés à la connaissance de l'officier de l'état civil. En cas de difficulté, l'officier de l'état civil doit se rendre dans les établissements pour s'assurer, sur place, du décès et en dresser l'acte, conformément à l'article 79 du Code civil, sur la base des déclarations et renseignements qui lui sont communiqués.

L'agent du bureau de l'état civil de l'hôpital doit annoter, pour sa part :

- Le registre des décès de l'établissement ;
- À la mairie du lieu du décès, le registre d'enregistrement des décès de la commune.

L'agent de la chambre mortuaire doit compléter le registre de destination des corps.

Article 148 – Notification du décès

1° Cas général

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

2° Cas particuliers

La notification du décès est faite :

- Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- Pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- Pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au directeur de ce service ;
- Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne gardienne du mineur ;
- Pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, 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.

Article 149 – En cas d'indice de mort violente ou suspecte

Article 81 du Code civil

Dans le cas des signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le directeur de l'hôpital ou son représentant, prévenu par le médecin responsable, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code civil.

Article 150 – Toilette mortuaire et inventaire après décès

Lors du décès médicalement constaté, l'équipe soignante procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions convenables et dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc... qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence d'au moins un témoin. Il est inscrit sur un registre d'inventaire.

Les objets précieux sont placés dans une enveloppe et déposés au coffre-fort soit du service des urgences soit du bureau des entrées.

L'inventaire, mentionné à l'alinéa précédent, est signé par le cadre soignant ou l'infirmier et le témoin, puis remis dans les 24 heures avec les objets qui y figurent, soigneusement enveloppés, dans des sacs prévus à cet effet, à l'agent désigné par la direction des services logistiques.

Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droits du malade ou à ses amis. Les biens usuels sont restitués par les services économiques. Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au receveur de l'établissement qui les restitue aux ayants droits ou au notaire.

En cas de non observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital.

Selon l'article L. 6145-12 du Code de la santé publique : « *les effets mobiliers, apportés par les personnes décédées dans les établissements publics de santé après y avoir été traitées gratuitement, appartiennent auxdits établissements publics de santé à l'exclusion des héritiers et du domaine en cas de déshérence. Les héritiers et légataires des personnes dont le traitement et l'entretien ont été acquittés de quelque manière que ce soit peuvent exercer leurs droits sur tous les effets apportés dans les établissements publics de santé par lesdites personnes malades ou valides ; dans le cas de déshérence, les mêmes effets appartiennent aux établissements publics de santé. Le présent article n'est pas applicable aux militaires et marins soignés dans les établissements publics de santé.* »

Le corps est ensuite déposé à la chambre mortuaire et il ne peut pas être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements.

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire.

Les familles peuvent demander la présentation du corps au dépôt mortuaire de l'établissement.

Article 151 – Mesures de police sanitaire

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène.

Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droits qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

1.2. LES OPÉRATIONS FUNÉRAIRES ET LES TRANSPORTS DE CORPS

Article 152 – Dépôt des corps à la chambre mortuaire de l'hôpital

Après réalisation de l'inventaire des biens visés à *l'article 159 – Toilette mortuaire et inventaire après décès du présent règlement*, le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire.

De là, il ne peut être transféré hors de l'établissement que *dans les conditions prévues aux articles 162 – Transport sans mise en bière en chambre funéraire, 163 – Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille du présent règlement* et avec les autorisations prévues par la loi.

Quand les circonstances le permettent, la famille a accès 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.

Les agents de l'hôpital et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire, dans toute la mesure du possible, prennent en compte les souhaits de la famille du défunt au sujet des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire du CHC du corps d'une personne décédée sont gratuits dans la limite de 3 jours

(jour du décès non inclus).

L'ouverture aux familles de la chambre mortuaire du CHC se fait sur demande.

Article 153 – Transport sans mise en bière en chambre funéraire

Articles R. 2213-2 et suivants du Code général des collectivités territoriales

Arrêté du 20 juillet 1998 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires prévues par le décret n° 76-435 du 18 mai 1976 modifiant le décret du 31 décembre 1941

Le transport avant mise en bière du corps d'une personne décédée vers son domicile, la résidence d'un membre de sa famille ou une chambre funéraire ne peut être réalisé sans une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps.

Les opérations de transport de corps avant mise en bière du corps d'une personne décédée sont achevées, sauf dérogation, dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès (article R. 2213-11 du Code général des collectivités territoriales).

Le transport avant mise en bière d'une personne décédée vers une chambre funéraire est subordonné à :

- La demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile (ou à défaut par les personnes prévues à l'article L. 2213-8-1 du Code général des collectivités territoriales ;
- La détention d'un extrait du certificat de décès prévu à l'article L. 2223-42 du Code général des collectivités territoriales, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles dont la liste est fixée au d) de l'article R. 2213-2-1 du Code général des collectivités territoriales ;
- L'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code civil relatives aux déclarations de décès.

Le transport du corps doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente. Il doit être effectué par une entreprise ou une association agréée par le préfet du département et assurant le service de pompes funèbres.

Article 154 – Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille

Articles R. 2213-11 et suivants du Code général des collectivités territoriales

Les opérations de transport de corps avant mise en bière du corps d'une personne décédée sont achevées, sauf dérogation, dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès (article R. 2213-11 du Code général des collectivités territoriales).

Le transport avant mise en bière d'une personne décédée vers son domicile ou la résidence d'un membre de sa famille est subordonné :

- 1° A la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile ;
- 2° A la détention d'un extrait du certificat de décès prévu à l'article L. 2223-42 du Code général des collectivités territoriales, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles dont la liste est fixée au d) de l'article R. 2213-2-1 du Code général des collectivités territoriales ;
- 3° A l'accord, le cas échéant, du directeur de l'établissement de santé, de l'établissement social ou médico-social, public ou privé, au sein duquel le décès est survenu ;
- 4° A l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code civil relatives aux déclarations de décès. Par dérogation aux dispositions qui précèdent, en cas de fermeture de la mairie, ces formalités sont accomplies dès sa réouverture.

La déclaration préalable au transport mentionnée à l'article R. 2213-7 du Code général des collectivités territoriales indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée du corps. Elle fait référence à la demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

Le médecin responsable de pôle où a eu lieu le décès ne peut s'opposer à ce transport que pour les motifs suivants :

- 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 prévues par l'arrêté du 20 juillet 1998.

Le médecin avertit alors sans délai et par écrit la famille et le directeur délégué au pôle de son opposition.

Le départ ne peut avoir lieu qu'après l'apposition par un officier de police, sur le corps, d'un bracelet d'identification. Sauf dérogation dûment justifiée, ce départ a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire de l'hôpital.

Article 155 – 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.

Si le patient décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin ou un agent du service mortuaire doit procéder au préalable à sa récupération. La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu du décès. Cette autorisation est délivrée sur production du certificat établi par le médecin ayant constaté le décès attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Après accomplissement de ces formalités et de celles prévues par le Code civil concernant la déclaration de décès et l'obtention du permis d'inhumation, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil.

Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par le maire.

Article 156 – Opérations funéraires

Les corps reconnus sont remis à la disposition des familles qui prennent en charge les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

L'hôpital tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres. La liste des opérateurs funéraires et des chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Article 157 – Liberté des funérailles et les dispositions testamentaires

Article 909 du Code civil

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques, en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein du CHC.

Il est également strictement interdit aux agents du CHC qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu. 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 leurs dernières volontés à leur chevet. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein du CHC afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel du pôle peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leur volonté.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CHC, au profit d'un ou plusieurs pôles de leur choix. Ces legs ou dons sont conditionnés à l'acceptation par l'autorité préfectorale. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Qu'il s'agisse du choix des cliniques ou des services bénéficiaires ou de toutes autres conditions émises par les patients, le CHC respectera scrupuleusement leurs volontés.

Sous réserve des dispositions du Code civil, les administrateurs, médecins et agents du CHC ne peuvent profiter des

dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein du CHC. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, pour les libéralités faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

SECTION 1 – PRINCIPES FONDAMENTAUX LIÉS AU RESPECT DU PATIENT

Article 158 – Demande d'information

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles mentionnées par le secret professionnel et la discrétion professionnelle et de réserve.

Article 159 – Secret professionnel

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Article L. 1110-4 du Code de la santé publique

Article 40 du Code de procédure pénale

Article 226-14 du Code pénal

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tous. Le secret professionnel 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.

Le professionnel de santé peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :

- 1) Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur 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;
- 2) 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 sexuelles de toute nature ont été commises.

Le secret professionnel peut également être levé dans d'autres cas prévus par la réglementation :

- Les déclarations de maladies obligatoires (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) ;
- Conformément à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique : « *II. - 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.* »

Les fonctionnaires en exercice à l'hôpital et les chefs de pôle, en leur qualité d'autorité constituée, 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 informés le directeur de l'établissement.

Tout professionnel ayant connaissance de mauvais traitements dont aurait été victime un patient durant son séjour à l'hôpital est tenu de les révéler conformément au protocole établi à cette fin, notamment en informant son supérieur hiérarchique. Le fait qu'un professionnel a ainsi révélé de mauvais traitements infligés à un patient durant son hospitalisation ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une quelconque sanction disciplinaire.

Article 160 – Obligation de discrétion professionnelle et de réserve

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels de l'hôpital sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Tout personnel doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec la nature de ses fonctions dans l'enceinte ou à l'extérieur de l'établissement, y compris sur les réseaux sociaux. Le personnel ne peut porter préjudice ni par ses paroles, ni par ses actes à l'établissement,

au personnel, au patient.

Article 161 – Respect de la personne et de son intimité

Le respect de l'intimité et de la dignité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier dans la limite des moyens mis à disposition.

Les patients accueillis ne peuvent être amenés à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus.

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.

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

Article 162 – Respect de la liberté de conscience et d'opinion

Circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

La personne accueillie est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées mais ne doivent pas perturber le fonctionnement normal de l'établissement.

Article 163 – Accueil et respect du libre choix des familles

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Le libre choix des familles doit être rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à des entreprises privées de transports sanitaires ou à des opérateurs funéraires, par exemple.

SECTION 2 – PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE

Article 164 – Obligation de désintéressement

Il est interdit à tout membre du personnel de l'hôpital d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service ou l'hôpital, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

Article 165 – Interdiction de cumul de fonction d'exercer une activité privée lucrative

Article L121-1 à L123-10 CGFP

Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 relatif à l'exercice d'activités privées par des agents publics et certains agents contractuels de droit privé ayant cessé leurs fonctions, aux cumuls d'activités et à la commission de déontologie de la fonction publique

Décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat

Les personnels non médicaux de l'hôpital sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls.

Article 166 – Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels de l'hôpital de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces de la part d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Les agents ne doivent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

Article 167 – Exécution des instructions reçues

Article L121-10 CGFP

Tout personnel de l'hôpital est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Il doit se conformer aux instructions écrites ou orales de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public ou si celui-ci met en danger sa propre vie ou celle d'autrui.

Le personnel doit utiliser les moyens de protection et de prévention mis à disposition par l'employeur pour garantir sa sécurité. La responsabilité propre de ses subordonnés hiérarchiques ne dégage pas l'agent de ses propres responsabilités.

Article 168 – Obligation de signalement des incidents soumis à la vigilance sanitaire

Tout professionnel de santé ayant connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu ou d'un incident (ou risque d'incident) mettant en cause un dispositif médical, un produit sanguin labile, un médicament ou tout autre bien utilisé à l'hôpital est tenu de signaler l'événement immédiatement à son supérieur hiérarchique ainsi qu'au correspondant local assurant au sein de l'établissement la centralisation des informations dans son domaine de compétence.

Le médecin référent du patient lors de son séjour au CHC est tenu de l'informer des effets indésirables et événements indésirables, en particulier iatrogènes qu'il a subis.

Les domaines de vigilances sanitaires et réglementaires dont le traitement est obligatoire sont les suivants :

- La pharmacovigilance
- La matériovigilance
- La nosovigilance
- L'hémovigilance
- L'anesthésiovigilance
- La réactovigilance
- La toxicovigilance
- La biovigilance
- La radiovigilance

Article 169 – Témoignage en justice

Tout agent de l'hôpital, lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en prévenir le directeur de l'établissement et, à l'issue de son audition en justice ou auprès des autorités de police, l'en informer.

Il est assisté par la Direction des Affaires Juridiques de l'établissement, s'il le souhaite.

Article 170 – Bon usage des biens de l'hôpital

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. En cas de non-respect délibéré des instructions de maintenance, d'entretien et d'utilisation des matériels, l'hôpital sera amené à exiger un remboursement. Les instructions d'entretien des locaux et du matériel doivent être suivies scrupuleusement.

Article 171 – Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

Tout personnel absent pour maladie doit faire parvenir à l'administration un certificat médical dans les 48 heures, après avoir veillé à informer son supérieur hiérarchique ou le cadre de permanence.

Article 172 – Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés dans l'hôpital

Aucun agent de l'hôpital ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des patients. Conformément à l'article 117 – Dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur du présent règlement, ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès de la régie comptable de l'établissement ou, en dehors des heures d'ouverture de la caisse, dans les coffres destinés à cet usage.

Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein de l'hôpital doit être directement remis au responsable de la sécurité générale désigné par le directeur de l'établissement, afin qu'il en organise la centralisation et en assure la restitution.

Article 173 – Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Dans un souci d'hygiène et de sécurité, tous les personnels appelés à travailler dans les unités de soins et médico-techniques, ainsi que dans certaines unités techniques et logistiques, doivent porter les tenues vestimentaires de travail usuelles fournies par l'établissement. Le port des vêtements de travail est proscrit dans le restaurant du personnel. Le personnel a le devoir de veiller à la propreté de sa tenue de travail et de procéder régulièrement à son changement. Les vêtements spécifiques mis à disposition aux zones à risques (type blocs opératoires...) ne doivent pas être portés hors de leurs zones d'activité.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention et aux actions de formations spécifiques pour assurer la sécurité générale de l'hôpital et de ses usagers.

Article 174 – Exigence d'une tenue correcte

Une tenue correcte tant dans le comportement que dans le langage est exigée de l'ensemble du personnel.

Article 175 – Comportement du personnel

Article R. 4228-20 du Code du travail Charte d'utilisation du Système d'Information du CHC en date du 31 mai 2023

Toute consommation de boissons alcoolisées ou de produits illicites ainsi que la consommation de tabac est prohibée sur le lieu de travail.

L'usage abusif du téléphone, des systèmes et équipements informatiques à des fins personnelles est interdit pendant le temps de travail. Une charte d'usage des services numériques du GHM en date du 31 mai 2023 (téléphone, fax, systèmes et équipements informatiques ou portables) existe et rappelle à tous les utilisateurs les règles à suivre. Cette charte est disponible en ligne sur le site de gestion documentaire « *Ennov* » du CHC. Elle est remise par ailleurs à tous les personnels lors de la journée d'accueil aux nouveaux recrutés.

Article 176 – Identification des personnels

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles, les personnels de l'hôpital sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, le badge d'identification de l'établissement du CHC.

Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles et aux intervenants des entreprises extérieures.

Article 177 – Horaires de travail

Les horaires de travail des personnels sont établis dans le respect des dispositions générales réglementaires et locales relatives à la durée du travail.

SECTION 3 – DROITS DU PERSONNEL

Article 178 – Liberté d'expression

Un droit à l'expression directe et collective est reconnu à l'ensemble des personnels. Ce droit s'exerce notamment dans le cadre des comités des pôles, des réunions d'encadrement. Il s'exerce également par l'intermédiaire de l'expression syndicale.

Article 179 – Droit syndical

Livre II (dialogue social) CGFP

Le droit syndical est garanti aux personnels de l'hôpital par la réglementation et le directeur de l'établissement.

Article 180 – Liberté d'opinion

Article L122-1 et suivants CGFP

La liberté d'opinion est garantie à l'ensemble du personnel dans sa vie privée mais est limitée dans l'exercice des fonctions par l'obligation de réserve.

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

Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

De même, des conditions d'âge peuvent être fixées, d'une part, pour le recrutement des fonctionnaires dans les corps, cadres d'emplois ou emplois conduisant à des emplois classés dans la catégorie active au sens de l'article L. 24 du Code des pensions civiles et militaires de retraite, d'autre part, pour la carrière des fonctionnaires lorsqu'elles résultent des exigences professionnelles, justifiées par l'expérience ou l'ancienneté, requises par les missions qu'ils sont destinés à assurer dans leur corps, cadre d'emplois ou emploi.

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

- 1° Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés au deuxième alinéa du présent article ;
- 2° Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- 3° Ou bien le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Article 181 – Egalité de traitement en raison du sexe

L131-1 et suivants CGFP

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe.

Aucun fonctionnaire ne doit subir d'agissement sexiste, défini comme tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant.

Des recrutements distincts pour les femmes ou les hommes peuvent, exceptionnellement, être prévus lorsque l'appartenance à l'un ou à l'autre sexe constitue une condition déterminante de l'exercice des fonctions.

De même, des distinctions peuvent être faites entre les femmes et les hommes en vue de la désignation, par l'administration des présidents et, des membres des jurys et des comités de sélection constitués pour le recrutement et l'avancement des fonctionnaires et de ses représentants au sein des organismes consultés sur les décisions individuelles relatives à la carrière des fonctionnaires et sur les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des services, afin de concourir à une représentation équilibrée entre les femmes et les hommes dans ces organes.

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

- 1° Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés aux deux premiers alinéas ;
- 2° Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- 3° Ou bien le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Article 182 – Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement sexuel

L133-1 et suivants CGFP

Aucun fonctionnaire ne doit subir les faits :

- a) Soit de harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ;
- b) Soit assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

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

- 1° Parce qu'il a subi ou refusé de subir les faits de harcèlement sexuel mentionnés aux trois premiers alinéas, y compris, dans le cas mentionné au a, si les propos ou comportements n'ont pas été répétés ;
- 2° Parce qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces faits ;
- 3° Ou bien parce qu'il a témoigné de tels faits ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou enjoint de procéder aux faits de harcèlement sexuel mentionnés aux trois premiers alinéas.

Article 183 – Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement moral

L133-1 et suivants CGFP

Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

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

- 1° Le fait qu'il ait subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement moral visés au premier alinéa ;
- 2° Le fait qu'il ait exercé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces agissements ;
- 3° Ou bien le fait qu'il ait témoigné de tels agissements ou qu'il les ait relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou ayant enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

L134-1 et suivants CGFP

« I.- A raison de ses fonctions et indépendamment des règles fixées par le code pénal et par les lois spéciales, le fonctionnaire ou, le cas échéant, l'ancien fonctionnaire bénéficie, dans les conditions prévues au présent article, d'une protection organisée par la collectivité publique qui l'emploie à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire.

II.- Lorsque le fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable au fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

III.- Lorsque le fonctionnaire fait l'objet de poursuites pénales à raison de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions, la collectivité publique doit lui accorder sa protection. Le fonctionnaire entendu en qualité de témoin assisté pour de tels faits bénéficie de cette protection. La collectivité publique est également tenue de protéger le fonctionnaire qui, à raison de tels faits, est placé en garde à vue ou se voit proposer une mesure de composition pénale.

IV.- La collectivité publique est tenue de protéger le fonctionnaire contre les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée. Elle est tenue de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

V.- La protection peut être accordée, sur leur demande, au conjoint, au concubin, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité au fonctionnaire, à ses enfants et à ses ascendants directs pour les instances civiles ou pénales qu'ils engagent contre les auteurs d'atteintes volontaires à l'intégrité de la personne dont ils sont eux-mêmes victimes du fait des fonctions exercées par le fonctionnaire.

Elle peut également être accordée, à leur demande, au conjoint, au concubin ou au partenaire lié par un pacte civil de solidarité qui engage une instance civile ou pénale contre les auteurs d'atteintes volontaires à la vie du fonctionnaire du fait des fonctions exercées par celui-ci. En l'absence d'action engagée par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, la protection peut être accordée aux enfants ou, à défaut, aux ascendants directs du fonctionnaire qui engagent une telle action.

VI.- La collectivité publique est subrogée aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des faits mentionnés aux IV et V la restitution des sommes versées au fonctionnaire ou aux personnes mentionnées au V. Elle dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe, qu'elle peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale.

VII.- Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions et les limites de la prise en charge par la collectivité publique, au titre de la protection, des frais exposés dans le cadre d'instances civiles ou pénales par le fonctionnaire ou les personnes mentionnées au V. »

Articles R. 4121-1 et suivants du Code du travail

Article R. 4624-19 du Code du travail

L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des salariés, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

Tout salarié doit bénéficier d'un examen médical régulier en vue de s'assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé. Le salarié peut également en bénéficier à sa demande.

Le médecin du travail exerce une surveillance médicale particulière pour les catégories de salariés cités dans l'article R. 4624-19 du Code du travail. Le médecin du travail est juge de la fréquence et de la nature des examens que comporte cette surveillance médicale particulière.

Article 186 – Liberté syndicale

Livre II (dialogue social) CGFP

Tout agent peut défendre ses droits et ses intérêts par l'action syndicale et adhérer à un syndicat de son choix.

Conformément à l'article 96 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les établissements doivent permettre l'affichage des informations d'origine syndicale, autoriser la distribution des publications syndicales et, sous réserve des nécessités du service, accorder aux fonctionnaires des facilités pour assister aux réunions d'information syndicale.

Les cotisations syndicales peuvent être collectées dans l'enceinte des bâtiments, mais en dehors des locaux ouverts au public, par les représentants des organisations syndicales qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une décharge d'activité de service. Ces collectes ne doivent en aucun cas porter atteinte au fonctionnement du service.

Les établissements employant au moins cinquante agents doivent mettre à la disposition des organisations syndicales représentatives, sur leur demande, des locaux à usage de bureau.

Article 187 – Droit de grève

L114-1 et suivants CGFP

Lettre-circulaire DH/FH1 n° 96-4642 du 12 janvier 1996 relative aux modalités de retenues sur rémunération pour service non fait dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Instruction DGOS/RH3/2016/21 du 22 janvier 2016 précisant les dispositions relatives au droit de grève applicables aux internes dans les établissements de santé

Tous les personnels disposent du droit de grève sous réserve que la continuité du service public soit assurée. La détermination des effectifs nécessaires dans les services devra se faire en tenant compte notamment des effectifs de week-end, de la sécurité des patients, de la préservation des matériels et bâtiments.

Un délai de préavis de 5 jours francs doit être respecté avant le début de la grève. Les assignations pour assurer la continuité de service doivent être faites 24 heures avant le début de la grève.

Aucune discrimination ne peut être faite entre les différentes catégories de personnels.

Article 188 – Droit d'accès au dossier individuel

Articles R. 1111-1 à R. 1111-8 du Code de la santé publique

Toutes les décisions portant sur la carrière du personnel sont versées à son dossier détenu par le Département des Ressources Humaines. Ce dossier peut être consulté par l'agent, à sa demande.

Il est le seul dossier opposable à l'agent. Les dossiers détenus au niveau des pôles ne peuvent comporter que des informations intéressant la gestion quotidienne.

CHAPITRE 4 – DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ

SECTION 1 – LES MESURES DE POLICE GÉNÉRALE

1. LES RÈGLES DE VIE COLLECTIVE

Article 189 – L'hygiène à l'hôpital

Le CHC et son personnel participent activement aux efforts nationaux engagés dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Il est demandé au personnel d'avoir une stricte hygiène corporelle à l'hôpital, une tenue professionnelle conforme (absence de bijou aux mains, aux poignets, cheveux longs attachés, ...) ainsi qu'une hygiène des mains conforme aux protocoles de l'établissement.

Des distributeurs et flacons poches de produits hydro-alcooliques sont disponibles dans tous les services, les patients sont invités à utiliser les distributeurs installés dans les chambres.

Article 190 – L'interdiction de fumer

Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme
Circulaire du 29 novembre 2006 relative à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux clos et couverts du CHC, à l'exception des emplacements fumeurs prévus à cet effet et identifiés.

Cette interdiction de fumer concerne au même titre les locaux d'accueil et de réception, les locaux affectés à la restauration collective, les salles de réunion et de formation, les salles et espaces de repos, les locaux réservés aux loisirs, à la culture et au sport et tous les locaux sanitaires et médico-sanitaires, y compris les chambres.

Un plan d'aménagement organise cependant des espaces réservés aux fumeurs, ainsi qu'un plan d'organisation ou d'aménagement destiné à assurer la protection des non-fumeurs au sein de l'établissement. Il est établi par le délégué à la sécurité après consultation du médecin du travail et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Ce plan est actualisé et tenu à jour.

Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux clos et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer.

Cette interdiction stricte de fumer s'applique aussi à l'e-cigarette. Ainsi, il est interdit tant au personnel qu'au public de « vapoter » dans l'ensemble des locaux clos et couverts du CHC.

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

Article 191 – Les téléphones portables

En raison notamment des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents dans l'hôpital, 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.

L'hôpital met en place une signalétique adaptée pour informer les patients, les visiteurs et les personnels de cette interdiction dans les locaux concernés et prend toutes les mesures nécessaires pour contrôler en permanence sa stricte application en toutes circonstances.

Les personnes faisant usage d'un téléphone portable au sein de l'hôpital doivent veiller à ne provoquer de ce fait aucune gêne pour les autres personnes.

L'usage de l'appareil photographique intégré des téléphones portables est strictement interdit dans l'ensemble de l'hôpital. Les personnels hospitaliers, patients, visiteurs et autres tiers [...] ne peuvent se livrer, dès lors qu'elle permet l'identification de personnes, à la captation d'attributs de leur personnalité (selfies, photos...), et notamment de leur image ou leur voix, sans l'autorisation express des intéressés ou celle de leur représentant légal.

Article 192 – Les objets et produits interdits

L'introduction d'alcool, d'armes, d'explosifs, de produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi, tels les stupéfiants dans l'enceinte des différents sites du CHC est strictement interdite.

Tous les objets non conformes à la réglementation incendie en vigueur (radiateurs, prises électriques non conformes...) sont prohibés. Toute personne qui contrevient à cette disposition s'expose à la confiscation des objets ou produits en cause le temps du séjour hospitalier, et, le cas échéant, à une saisie par les autorités de police ou de gendarmerie.

Article 193 – Le respect de la neutralité et de la laïcité du service public

Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Églises et de l'État
Circulaire n° 5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de laïcité dans les services publics
Circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

Le CHC est un établissement public qui applique le principe de neutralité dans les domaines politique, religieux ou associatif.

La distribution de documents à caractère politique, religieux ou associatif, à des fins de propagande ou de prosélytisme, est donc interdite dans l'ensemble des locaux du CHC.

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. Les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein de l'hôpital, sauf autorisation expresse du directeur.

Le service public est laïc. Conformément à ce principe :

- Les signes d'appartenance religieuse, quel qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les malades, leur famille ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.
- La dissimulation du visage dans l'espace public est interdite depuis le 11 avril 2010. Il s'agit d'une infraction pénale constituée dès lors qu'une personne se trouvant dans l'espace public porte une tenue destinée à dissimuler son visage.

La charte de laïcité dans les services publics du 13 avril 2007 vise à rappeler aux agents publics, et usagers des services publics, leurs droits et devoirs à l'égard du principe républicain de laïcité, et ce afin de contribuer au bon fonctionnement des services publics. Son contenu a été proposé par le Haut Conseil à l'intégration. Son rôle est de renseigner usagers et agents sur leurs droits et leurs obligations concernant la laïcité et la liberté religieuse. À cet effet, elle est affichée de manière visible et accessible dans les lieux qui accueillent du public, et est à portée de la connaissance des agents.

Concernant les agents du service public :

- Tout agent public a un devoir de stricte neutralité. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.
- Le fait pour un agent public de manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions constitue un manquement à ses obligations.
- Il appartient aux responsables des services publics de faire respecter l'application du principe de laïcité dans l'enceinte de ces services.
- La liberté de conscience est garantie aux agents publics. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

2. L'EXERCICE DU DROIT DE VISITE

Livret d'accueil du patient du CHC – Edition 2025 : page 21

Article 194 – Les conditions d'exercice du droit de visite

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite. Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un

service sans l'autorisation préalable de la direction qui sollicite, si besoin est, l'avis du ou des chefs de service concernés. Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et des chefs de service et après autorisation de la direction.

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

Les patients peuvent demander au cadre soignant ou aux infirmiers de l'unité de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Le nombre de visiteurs pourra être limité par décision du médecin responsable de l'unité. Il y a la possibilité de refuser les visites et d'obtenir qu'aucune indication ne soit donnée sur sa présence à l'hôpital.

La visite des jeunes enfants peut être déconseillée dans certaines circonstances ou dans certaines unités après l'avis du médecin chef de service. Un enfant de moins de 15 ans ne peut exercer son droit de visite sans la présence d'un majeur responsable.

Article 195 – Les horaires de visite

Les visites aux patients hospitalisés sont autorisées de 13h à 20h du lundi au dimanche. Ces plages horaires ne concernent pas les services de soins critiques.

Les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service, ou en regard du projet de soins du patient dans les services de psychiatrie. Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Lorsque l'état du patient le justifie ou lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de 15 ans, la présence d'un accompagnant peut être autorisée en dehors des horaires de visite.

Article 196 – Les obligations des visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos et la tranquillité des malades, ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par la direction, après avis du responsable de l'unité de soins.

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

Les visiteurs ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni tabac, ni médicaments, sauf, pour ces derniers, après accord du médecin en charge du patient concerné.

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

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Ils doivent s'abstenir de fumer dans l'ensemble des locaux et ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores.

SECTION 2 – LES RÈGLES RELATIVES À LA SÉCURITÉ

1. NATURE ET OPPOSABILITÉ DES RÈGLES DE SÉCURITÉ

Article 197 – 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, doivent être édictées par délégation générale, via le délégué à la sécurité, par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit. Le délégué à la sécurité veille, au respect des règles de sécurité liées au fonctionnement de l'établissement et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et à pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, humaines ou à des facteurs naturels.

Article 198 – Opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) 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 le CHC 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 des personnels habilités.

Les services doivent veiller à la fermeture de leurs locaux aux heures non ouvrées. Le personnel doit obligatoirement porter son badge d'identification et le rendre visible. Toutes les personnes au sein de l'établissement doivent respecter les obligations en vigueur en matière de sécurité.

Le personnel et les visiteurs doivent se soumettre aux contrôles du plan Vigipirate en vigueur pour accéder dans l'établissement sous peine de lui interdire l'accès.

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 du CHC leur sont opposables. Le présent règlement intérieur leur est transmis à cet effet.

Lesdits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du délégué à la sécurité les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

2. LA SÉCURITÉ GÉNÉRALE

Article 199 – Matériel de sécurité générale

Loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le délégué à la sécurité aux instances représentatives locales compétentes du CHC.

Suite à l'arrêté 2011-PREF-DCSIPC/BSISR n°727 du 17 octobre 2011, le CHC est autorisé à exploiter un équipement de vidéo protection et enregistré sous le n° 2011-0200.

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, il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéo surveillance doivent observer certaines dispositions légales.

Article 200 – 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 de l'hôpital, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'hôpital. En cas de refus, l'administrateur de garde doit être prévenu. Il pourra être fait appel aux forces de l'ordre en cas de nécessité.

Article 201 – Règles de responsabilité

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

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

Le CHC assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; l'administrateur de garde porte plainte pour les dommages subis par le CHC.

Article 202 – Sécurité incendie

Arrêté du 10 Décembre 2004, modifié portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public
Arrêté du 25 juin 1980 sur les règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP)

Le CHC est soumis à la réglementation incendie des établissements recevant du public. Les sites du CHC sont dotés d'une détection incendie. Dans chaque service, un report d'alarme restreinte est installé.

L'utilisation exceptionnelle des locaux partielles et occasionnelles pour une exploitation autre que celle autorisée doit faire l'objet d'une demande d'autorisation présentée par l'exploitant au moins quinze jours avant la manifestation. Cette demande doit être transmise à la Direction des Services Techniques et Sécurité.

Toutes modifications d'affectation des locaux ne sont pas autorisées sans autorisation du chef d'établissement. En effet, les locaux étant classés par niveau de risque incendie au niveau de la réglementation, il est nécessaire de procéder à une déclaration administrative pouvant engendrer des travaux modificatifs.

- Le personnel dispose de consignes à tenir en cas d'alarme incendie, le cas échéant toute personne présente au sein de l'établissement doit obéir aux injonctions des personnels habilités.
- Le personnel doit être obligatoirement formé à l'utilisation des moyens de secours, aux premières consignes de sécurité et à l'évacuation.
- Le personnel doit éviter la détérioration des équipements concourant à la sécurité (porte CF, déclencheur manuel, extincteurs etc...). Toute dégradation doit être signalée à l'administrateur de garde.

Les plans d'évacuation et les consignes à tenir en cas d'incendie sont affichés dans les couloirs des services, il est strictement recommandé d'en prendre connaissance et de les appliquer. Des points de rassemblement sont signalés par des panneaux autour du bâtiment.

Les membres de la sous-commission chargée du contrôle des risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, au sein de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité se réunissent tous les ans pour procéder à la visite du CHC. Les services doivent œuvrer au bon déroulement de ces visites en facilitant les essais de contrôles.

- Les baies accessibles (ouvrant de façade avec un point rouge) doivent être dégagées.
- Il est interdit de stationner sur les voies des pompiers.
- Il est interdit de stocker du matériel devant les trappes de désenfumage.
- Il est interdit d'encombrer les issues de secours et les circulations.
- Il est interdit de caler les portes de recouvrement. Les services de soins désirants modifier la position d'attente de ces portes doivent en formuler la demande auprès de la Direction des Travaux.
- Il est interdit d'empêcher la fermeture des portes équipées de ferme-porte.

Article 203 – Registre de sécurité du CHC

L'hôpital est assujéti aux règles de sécurité incendie applicables à tous les établissements recevant du public. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs, etc...) doivent, en outre, être conformes aux dispositions législatives et réglementaires.

Le CHC doit tenir un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, et notamment des incendies.

Parmi ces renseignements doivent figurer :

- L'état nominatif du personnel chargé de la sécurité incendie ;
- Les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie ;
- Le Plan d'Organisation Interne de Secours (POIS) ;
- Les procès-verbaux de contrôles et vérifications des installations techniques visées par la réglementation concernant les ERP ;
- Les dates de contrôles et vérifications des installations de lutte contre l'incendie ;
- Les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur les éléments de sécurité (portes coupe-feu,

- clapets coupe-feu etc....) ;
- Les dates et contenus des opérations de travaux réalisées au CHC ;
- Les événements marquants relatifs à l'incendie (formation du personnel, changement d'affectation des locaux, sinistres) ;
- La répartition des services et des effectifs permettant le calcul du nombre de personnes admis au CHC.

Ces renseignements sont communiqués à la commission de sécurité compétente lors des visites périodiques de contrôle et des visites inopinées.

Article 204 – Circonstances exceptionnelles

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

Le président de la Formation Spécialisée de la Santé, Sécurité et des Conditions de Travail (F3SCT) en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

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

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

En cas de péril grave et imminent pour le CHC, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le délégué à la sécurité 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 délégué à la sécurité prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du CHC, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

Article 205 – Rapport avec l'autorité judiciaire

Le délégué à la sécurité 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.

Article 206 – Rapports avec les autorités des forces de l'ordre

Le délégué à la sécurité a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités des forces de l'ordre (police, gendarmerie et autorité pénitentiaire) en concertation avec les pôles ou directions concernées.

- Il lui revient de décider, s'il y a lieu, de demander au sein du CHC une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.
- Lorsqu'il s'agit de dénonciations d'agissements frauduleux d'agents, il peut procéder à une évaluation de la situation avec la direction des ressources humaines avant de les porter à la connaissance des services de police.
- Aucune discrimination entre les différentes catégories d'agents ne peut intervenir dans le traitement des procédures par l'établissement.
- En cas d'enquête de police judiciaire, le délégué à la sécurité doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

3. LA SÉCURITÉ DU FONCTIONNEMENT

Article 207 – Recherche de la maîtrise des risques

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 du CHC, le délégué à la sécurité prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des personnes présentes au sein du CHC :

- Il informe directement le chef d'établissement. Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, tous les services et 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.

Chaque membre du personnel s'engage à participer activement à la prévention des risques et aux respects des réglementations et usages en vigueur au sein de l'établissement.

Article 208 – Garde technique

Le directeur de l'hôpital organise la garde technique en lien avec la Direction des Services Techniques (pas de garde biomédicale) afin de faire face, en permanence, aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'hôpital.

Il désigne les agents des services techniques de l'hôpital qui assurent une garde, *distincte de la garde administrative prévue à l'article 4 du présent règlement*.

4. LA SÉCURITÉ INFORMATIQUE

Charte d'Usage des Services Numériques du GHT HOPE 28 du 31 mai 2023

Article 209 – Connexion au réseau

Il est rappelé que toute connexion au réseau du CHC, quelles qu'en soient les modalités, est potentiellement susceptible de mettre en péril l'ensemble de la fiabilité du réseau, de sa pérennité et de la préservation de la confidentialité des données administratives et médicales.

Toute installation de matériel informatique et de tout autre matériel connecté au réseau doit recevoir préalablement l'autorisation du service informatique après expertise technique des matériels et analyse des contrats de maintenance. De même, toute intervention extérieure sur le réseau ou matériel informatique doit être autorisée et contrôlée étroitement par le service informatique. La gestion des anti-virus et de leurs mises à jour régulières devra être du ressort exclusif du service informatique.

Tout personnel disposant d'un identifiant et d'un mot de passe pour accéder à certains logiciels doit les considérer comme strictement individuels et professionnels. De même, la boîte aux lettres électronique mise à disposition des agents de l'établissement ne doit servir qu'à un usage professionnel.

Dans un souci de sécurisation du réseau et du matériel informatique du CHC, l'accès aux locaux informatiques est strictement réservé aux personnels habilités (informaticiens, technicien de la Direction des services techniques). Tout personnel étranger au service ne peut se voir autorisé à pénétrer ces locaux que dans l'hypothèse stricte d'un rendez-vous préalablement demandé.

Dans l'hypothèse où une infraction à ces règles de gestion informatique serait constatée, le CHC se réserve la possibilité de porter plainte.

Toutes ces règles sont rappelées dans la charte d'utilisation du système d'information du 31 mai 2023 que chaque agent doit prendre connaissance. *Cette charte est annexée au présent règlement intérieur (cf. annexe 9)*, elle est disponible sur le réseau informatique ainsi que sur l'intranet.

Article 210 – Sécurité et confidentialité du système d'information

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires) : articles R. 1111-1 et suivants du Code de la santé publique

Le bon fonctionnement du système d'information hospitalier impose des règles strictes pour assurer la sécurité et la confidentialité des données numériques.

Au quotidien, des règles d'habilitation et d'usage du dossier patient informatisé ont été définies par la cellule habilitation. Les agents hospitaliers ne sont autorisés qu'à consulter les dossiers des patients dont ils sont la charge et pour les seules missions qui leur incombent, conformément aux décrets de compétence. Des contrôles des accès sont réalisés. Des sanctions sont prononcées en cas de comportement déviant.

Les patients sont informés que les données les concernant sont informatisées. Ils ont le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement informatisés de ces données. Dans ce cas, une traçabilité papier doit être mise en œuvre.

La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit. Ainsi, en application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (CNIL), les malades disposent d'un droit d'accès aux informations les concernant, traitées par informatique, ainsi qu'un droit de rectification de ces données nominatives. Ces accès et modifications se font par recours à la cellule « communication du dossier du patient ».

5. LES RÈGLES APPLICABLES À LA CIRCULATION DES PERSONNES, DES VÉHICULES ET AU STATIONNEMENT AUTOMOBILE

Article 211 – Accès

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 leur fonction.

Les voies de desserte et aires de stationnement établies à l'intérieur de l'enceinte du CHC, de leurs dépendances constituent des installations affectées au service public hospitalier : les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte du CHC sont classés voies privées ouvertes à la circulation publique aux usagers, au personnel et aux transports en commun que les autorités du CHC créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

- ✓ L'accès du site pour le personnel se fait par l'entrée route de Jallans.
- ✓ L'accès du site pour les usagers, les visiteurs, les véhicules sanitaires et les livraisons se fait par l'entrée route de Jallans.
- ✓ L'accès pour les véhicules d'urgence se fait par un accès spécifique et signalé également route de Jallans.

Les autorités chargées de la police de la circulation ont compétence pour intervenir sur demande de l'administrateur de garde pour faire respecter les accès ambulances, pompiers, les parkings handicapés.

En cas de vol, de dommage ou d'accident, les règles et procédures générales de la responsabilité et de l'indemnisation s'appliquent au sein du CHC dans les conditions de [l'article 255 – Règles applicables du présent règlement](#).

Les dispositions du Code de la route sont rendues applicables sur toutes les voies de circulation et les zones de stationnement, dans le but de préserver le bon fonctionnement du service public hospitalier ainsi que la sécurité des personnes et des biens.

Article 212 – Stationnement

- Durée :
 - Les véhicules du personnel hospitalier stationnent pendant la période correspondant à la durée du travail quotidien.
 - Les véhicules des fournisseurs stationnent pendant la période correspondant à la livraison des marchandises.
 - Les véhicules des prestataires stationnent dans les zones de déchargement.

- Les véhicules Sanitaires Légers (VSL), les ambulances, les taxis sont tenus à un stationnement de courte durée, limité au temps nécessaire à la prise en charge des passagers. Le véhicule doit être déplacé pendant la consultation ou les soins.
- Les véhicules des usagers et du personnel :
 - Parking du Centre Hospitalier et des EHPAD : tout stationnement en dehors des emplacements matérialisés est interdit (exemple : places réservées aux personnes à mobilité réduite pour les non titulaires de la carte européenne de stationnement pour les personnes handicapées).
 - Places handicapées pour personnes à mobilité réduite.
- Les véhicules du CHC :
 - Zone réservée et matérialisée du Parking du Centre Hospitalier. Le stationnement des véhicules du CHC en dehors de ces zones est exclu.
- Les véhicules des fournisseurs :

Les livraisons ont lieu :

 - Aux quais de livraison situés à l'arrière du Centre Hospitalier pour l'ensemble des livraisons de l'établissement (magasin général, pharmacie, laboratoire...).
 - A l'aire de livraison située près du service de restauration pour les livraisons alimentaires du CHC.
 - Sur la zone affectée à cet effet pour le site de l'EHPAD Jallans et Fédé.
- Les véhicules des professionnels de santé intervenant au CHC :
 - Zone de « dépose minute » devant l'entrée principale et les urgences du Centre Hospitalier
 - Les patients couchés doivent impérativement entrer par la zone « Urgences »
- Places pour les personnes à mobilité réduite :
 - Les personnes handicapées titulaires de la carte européenne de stationnement en cours de validité disposent de places de stationnement réservées à proximité des entrées. L'utilisation de cartes non conformes est illégale et sera constatée et poursuivie conformément aux lois et règlements en vigueur.
- Ne sont pas autorisés dans l'enceinte des établissements du CHC :
 - Les véhicules des riverains des établissements du CHC et des personnes qui n'ont pas la qualité d'usager ou de personnel du service public hospitalier.
 - L'utilisation des parkings pour faire du caravanning.

Article 213 – Règles applicables

Article R. 412-6 du Code de la route
Articles 121-3 et 221-6 du Code pénal
Article 1382 et suivants du Code civil

- Compétences du délégué à la sécurité :

Le délégué à la sécurité régleme 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).

En matière de circulation, le délégué à la sécurité peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (notamment les camions et 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.

- Vitesse de circulation des véhicules :

La vitesse maximale de circulation des véhicules sur les voies de desserte des établissements du CHC et de leurs dépendances est fixée à 30 km à l'heure. Elle est également limitée à 30 km à l'heure aux abords des bâtiments et sur les aires de stationnement.

Chaque utilisateur de parkings circule ou stationne en se conformant aux indications de la signalisation en place.

Il est rappelé que les parcs et jardins du CHC sont strictement affectés au service public hospitalier. Ils constituent des emplacements interdits aux véhicules.

- Signalisation :

Les panneaux et les marques de signalisations apposés sur les chaussées en vue de régler la circulation et le stationnement des véhicules sont ceux prévus par l'article R. 44 du Code de la route. Ils peuvent être complétés par des signaux propres aux besoins du CHC.

La signalisation informe les usagers des règles de circulation et de stationnement en vigueur au CHC. A ce titre, un panneau est apposé à l'entrée des établissements du CHC, avertissant que les règles prévues par le Code de la route y sont applicables.

Tout contrevenant pourra être verbalisé par les autorités compétentes.

- Sécurité des voies :

Le bon fonctionnement du service public hospitalier exige qu'en toute circonstance :

- Les voies de desserte soient libres afin que la circulation puisse s'y effectuer sans encombre, Les accès aux services d'urgence, à l'hélicoptère, les entrées et sorties des bâtiments hospitaliers et de leurs dépendances, telles que les issues de secours, les zones destinées aux services de lutte contre l'incendie, les parcs d'ambulances, les locaux techniques (par exemple : centrales de fluides médicaux, groupes électrogènes) soient constamment dégagés.
- Les voies et emplacements ainsi définis soient signalés par des panneaux portant la mention « *interdiction de stationner - enlèvement de tout véhicule gênant* » et matérialisés au sol, éventuellement séparés d'autres voies et aires de stationnement par des barrières ou des chaînes.

- Responsabilité :

Toute infraction aux règles définies par le présent règlement intérieur est susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de son auteur :

- Au titre de la responsabilité pénale pour :
 - o Article R. 412-6 du Code de la route ;
 - o Articles 121-3 et 221-6 du Code pénal.
- Au titre de responsabilité civile pour :
 - o Préjudice causé au CHC, justifiant l'allocation des dommages et intérêts sur le fondement des dispositions de l'article 1382 et suivants du Code civil.

La mise à disposition de parking dans l'enceinte du CHC, quelles qu'en soient les conditions ne constituent aucunement une obligation mais au contraire une facilité. La responsabilité de l'administration hospitalière ne saurait être engagée, notamment en cas de vol de véhicule ou commis dans des véhicules en stationnement, ni à l'occasion d'éventuelles dégradations subies par ces derniers.

- Dispositions diverses :

Tout conducteur ou usager impliqué dans un accident de la circulation à l'intérieur de l'enceinte du CHC, doit respecter les prescriptions du Code de la route, relatif au « *comportement en cas d'accident* », dans les mêmes conditions que sur la voie publique.

Sauf dérogation accordée par le délégué à la sécurité, le stationnement des véhicules dont les dimensions excèdent celles des emplacements tracés au sol, est interdit.

Tout véhicule en situation de stationnement interdit fera l'objet d'un constat d'infraction établi comme suit :

- *Constat n° 1* : Ce constat est établi et répertorié par les agents du service de sécurité incendie et de protection des biens et des personnes.
- *Constat n° 2* : Ce constat est établi et répertorié par les agents du service de sécurité incendie et de protection des biens et des personnes. Il est notifié au contrevenant et est porté à la connaissance du directeur de l'hôpital, qui peut prendre des « *mesures* » pour non-respect du règlement intérieur.

Tout véhicule dont le stationnement viendrait à porter atteinte à la sécurité interne et à compromettre le bon fonctionnement du service public hospitalier, en occupant les emplacements portant la mention « *interdiction de stationner - enlèvement de tout véhicule gênant* » fera immédiatement et directement l'objet d'un avertissement.

Le délégué à la sécurité prend les mesures nécessaires pour faire cesser le péril encouru en ordonnant l'enlèvement du véhicule. Sur réquisition, il demande aux autorités de police d'intervenir.

Les frais d'enlèvement et ceux liés à l'immobilisation du véhicule sont mis à la charge de son propriétaire.

Une action en dommages et intérêts peut être intentée à l'encontre du contrevenant considéré. L'intéressé est informé de l'intention du CHC, par lettre recommandée avec accusé de réception.

SECTION 1 – PLANC BLANC ET PLAN BLANC ÉLARGI

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Conformément à la loi n° 87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs et à ses textes d'application, le CHC est doté d'un plan blanc, qui a été actualisé en Août 2025.

Ce plan est coordonné avec les niveaux départemental (préfecture) et zonal (zone de défense civile de Paris) et a pour objet d'arrêter les mesures à mettre en œuvre dans l'hypothèse d'un afflux important de malades ou de blessés et nécessitant la mise en alerte des services hospitaliers.

Ce plan a, depuis la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique, une base législative.

Le plan blanc fait l'objet d'un réexamen annuel. Il est présenté aux instances principales de l'établissement.

Article 214 – Déclenchement du plan

Le Directeur de l'hôpital ou son représentant est seul habilité à déclencher le plan blanc. La décision de mise en œuvre de ce plan peut résulter soit d'une demande interne, soit d'une demande du préfet.

En outre, selon la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, si l'afflux de patients ou de victimes ou si la situation sanitaire le justifie, le représentant de l'Etat dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de biens et de services et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social, dans le cadre du dispositif dénommé plan blanc élargi.

Le déclenchement s'accompagne de la mise en place d'une cellule de crise rassemblant les compétences pluridisciplinaires nécessaires pour coordonner les actions à mettre en œuvre et les décisions adéquates qui s'imposent.

Chaque fonction représentée dans cette cellule de crise est déclinée en fiches opérationnelles.

Chaque membre du personnel impliqué dans le plan blanc est titulaire d'une fiche – réflexe qui décrit les actions à mettre en œuvre en cas de déclenchement du plan.

Article 215 – Adaptation des moyens de l'établissement

Le déclenchement de l'alerte répond à un protocole précis qui implique le maintien sur place des personnels présents, notamment si l'évènement survient lors d'un changement d'équipe.

Dans la perspective d'un rappel du personnel, notamment la nuit ou durant les jours fériés, une procédure téléphonique est prévue sur la base d'un message préétabli et simple, avec le principe d'une démultiplication des appels pour toucher le maximum de personnels rapidement.

La liste des coordonnées téléphoniques ainsi que le lieu de son dépôt et les conditions d'accès par des personnels habilités sont arrêtés par le directeur de l'hôpital.

Les personnels inscrits sur la liste rouge des abonnés du téléphone ne sont pas tenus réglementairement de communiquer leur numéro de téléphone. Toutefois, afin de concilier le caractère confidentiel de cette donnée personnelle et la possibilité d'être joint en cas de rappel dans le cadre du plan blanc, ces listes sont placées sous enveloppe scellée, à n'ouvrir que sur ordre du directeur de l'hôpital ou de son représentant.

Article 216 – Obligations des destinataires internes du plan

Il appartient à chacun des destinataires du plan blanc de s'assurer :

- 1) D'une part, de la diffusion des instructions nécessaires auprès des suppléants éventuels ou de chacun des agents susceptibles de se trouver confrontés à la mise en œuvre du plan en raison du caractère aléatoire de son déclenchement ;
- 2) D'autre part, que ces instructions sont parfaitement assimilées et mémorisées par les intéressés.

Ces deux conditions sont absolument indispensables à une mise en application efficace du plan blanc.

Article 217 – Diffusion et mise à jour du plan

Seule une mise à jour permanente du plan blanc peut garantir son caractère opérationnel.

Pour cela, il est demandé aux titulaires des fiches – réflexes de signaler par écrit à la direction générale ou à la direction de la qualité et de la gestion des risques, par la voie hiérarchique, toute modification que des évolutions dans l'organisation et le fonctionnement de son service obligent à apporter à ces fiches – réflexes.

La direction générale du CHC prendra l'initiative de la validation des modifications apportées à échéances régulières.

Article 218 – Plan bleu des services d'hébergement

Les EHPAD route de Jallans et rue Fédé disposent d'un plan bleu, pendant du plan blanc, avec lequel il s'articule.

SECTION 2 – VIGILANCE ATTENTATS

Article 219 – Guide des bons réflexes à destination des personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux

Face à la menace terroriste, protéger les usagers et les personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux est essentiel.

Ce guide de bonnes pratiques a deux objectifs :

- 1° Fournir des indications concrètes pour préparer les établissements, les personnels et les usagers à l'éventualité d'une attaque.
- 2° Réagir au mieux avant même l'arrivée des forces de sécurité et durant leur intervention.



Vigilance attentats : les bons réflexes

Guide à destination des personnels des
établissements de santé, sociaux et médico-sociaux

Juin 2016





INTRODUCTION

Face à la menace terroriste, protéger les usagers et les personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux est essentiel.

Ce guide de bonnes pratiques a deux objectifs :

- ▶ fournir des indications concrètes pour préparer les établissements, les personnels et les usagers à l'éventualité d'une attaque ;
- ▶ réagir au mieux avant même l'arrivée des forces de sécurité et durant leur intervention.

Une bonne organisation préalable des établissements, de même qu'une réaction adaptée de l'ensemble des agents et des usagers, peuvent permettre de mieux se protéger et de sauver des vies.

Ce guide complète les procédures et consignes de sécurité déjà mises en place pour prévenir la menace terroriste et d'autres risques. Il s'inspire de bonnes pratiques développées par plusieurs établissements. Chacun, par son comportement, permet de renforcer l'efficacité du dispositif de sécurité. Un second guide permet d'impliquer le personnel.

Nous sommes tous les acteurs de notre propre sécurité et de celle d'autrui.



COMMENT SE PRÉPARER ?

Bien connaître son environnement quotidien :

- ▶ Connaître l'environnement extérieur de l'établissement (voisinage et abords immédiats) ;
- ▶ connaître la configuration du site (agencement des bâtiments, aménagement des espaces, cheminements et issues de secours) ;
- ▶ savoir auprès de qui signaler les comportements et situations inhabituels ;
- ▶ connaître les moyens d'alerte propres à l'établissement ;
- ▶ identifier les lieux de confinement où se cacher ;
- ▶ identifier le mobilier et les outils utiles pour se barricader et se protéger (tables, armoires...).

“

*La préparation est la clé
d'une bonne réaction.*

”

Développer sa vigilance :

- ▶ Être informé des mesures de vigilance et de protection à adopter ;
- ▶ se montrer vigilant afin de détecter et de signaler les comportements suspects et les situations inhabituelles ;
- ▶ faire remonter, suivant la procédure établie, toute situation anormale (menaces verbales, tags menaçants, appels anonymes...).

A quoi faire attention ?

Attitudes laissant supposer un repérage (curiosité inhabituelle relative aux mesures de sécurité, à l'organisation de l'établissement, allées et venues, observation prolongée, prise de photos et de vidéos, personne ou véhicule restant de manière prolongée au même endroit, avec ou sans occupants...).

Tenue vestimentaire inhabituelle pour la saison.

Véhicule stationné à proximité du bâtiment sur un emplacement inapproprié.

Sous-traitants, livreurs intervenant en dehors des lieux et des horaires habituels.

Sacs abandonnés, colis suspects.

Se former aux comportements adaptés :

- ▶ S'impliquer dans la démarche de vigilance collective ;
- ▶ connaître les bons comportements en cas d'attaque terroriste ;
- ▶ participer aux exercices dédiés



N'hésitez pas à partager avec votre encadrement ou avec la direction tout sujet d'inquiétude.

COMMENT RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE ?

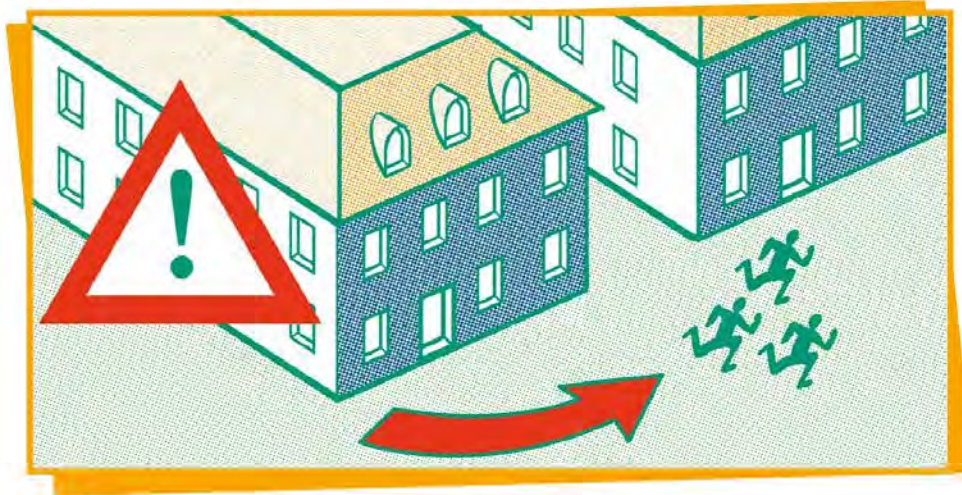
Caractériser l'attaque : que se passe-t-il ?

- ▶ **Identifiez la nature et le lieu de l'attaque :**
 - > **Où ?** Localisation (interne / externe).
 - > **Quoi ?** Nature de l'attaque (explosion, fusillade, prise d'otages...), type d'armes (arme à feu, arme blanche, explosifs...), estimation du nombre de victimes.
 - > **Qui ?** Estimation du nombre d'assaillants, description (sexe, vêtements, physionomie, signes distinctifs...), attitude (assaillants calmes et déterminés ou nerveux et incohérents...).

Déterminer les réactions appropriées : que faire ?

- ▶ **Dans tous les cas :**
 - > **déclenchez le système d'alerte spécifique et la procédure de sécurité convenue ;**
 - > **informez les personnes présentes sur le site.**
- ▶ **Adaptez votre réaction à la situation :**
 - > Si l'attaque est extérieure au site, la direction prendra les mesures adaptées à la situation.
 - > Si l'attaque a lieu à l'intérieur du site, respectez les consignes de sécurité « s'échapper, s'enfermer, alerter » présentées ci-dessous.

“ *La situation n'est pas figée, elle évolue. Adaptez vos modes de réaction aux circonstances.* ”



► **S'échapper :**

- > **Condition 1** : vous avez identifié la localisation exacte du danger.
- > **Condition 2** : vous pouvez vous échapper sans risque avec vos patients et/ou vos résidents vers un lieu sécurisé, rapidement et silencieusement.

Dans tous les cas :

- > rester calme ;
- > laisser toutes les affaires sur place ;
- > dans la mesure du possible, se déplacer à couvert ;
- > prendre la sortie la moins exposée et la plus proche ;
- > utiliser un itinéraire connu ;
- > si possible, aider les autres personnes à s'échapper ;
- > alerter les autres personnes autour de vous ;
- > dissuader toute personne de pénétrer dans la zone de danger.

COMMENT RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE ?

- ▶ **S'enfermer :**
 - > **Cas 1 : si les patients ou résidents peuvent se déplacer**, mettez vous à l'abri dans un lieu sûr.
 - > **Cas 2 : si vous avez affaire à des patients ou à des résidents ne pouvant pas se déplacer et si c'est possible**, enfermez-les et/ou cachez-les.



Dans tous les cas :

- > fermer les unités ;
- > se barricader au moyen du mobilier et des outils identifiés auparavant ;
- > éteindre les lumières ;
- > s'éloigner des cloisons, portes et fenêtres ;
- > s'allonger au sol derrière plusieurs obstacles solides ;
- > faire respecter le silence absolu (portables en mode silence, sans vibreur) ;
- > rester proche des personnes fragiles émotionnellement et les rassurer ;
- > attendre l'intervention des forces de sécurité.

“ N’imaginez pas que quelqu’un d’autre a déjà donné l’alerte. ”



Alerter :

- ▶ **Une fois en sécurité :**
 - > prévenez les forces de sécurité par téléphone (17 ou 112) ou par SMS/Fax (114) en essayant de donner les informations essentielles ;
 - > **ne déclenchez pas l'alarme incendie.**

Les informations à retenir pour alerter

Où ? Localisation.

Quoi ? Nombre de victimes, nature de l'attaque, arme.

Qui ? Nombre d'assaillants et intentions.



Adaptez votre réaction à la situation :

- > restez enfermé jusqu'à ce que les forces de sécurité procèdent à l'évacuation ;
- > laissez toutes vos affaires sur place ;
- > évacuez calmement les mains ouvertes et apparentes pour éviter d'être perçu comme un suspect ;
- > signalez les blessés et l'endroit où ils se trouvent.



Brochure réalisée par le



En partenariat avec



ANNEXES

 Centre Hospitalier de Châteaudun	 	Direction/AC/ML
		Diffusion : Totale - Affichage

NOTE D'INFORMATION N°14
Objet : Chefs de Pôle / Chefs de Service

L'ensemble du personnel est informé des modifications suivantes :

Nom du Médecin	Chef de Pôle
Docteur WAN	Urgences/USC/ USMP/CNP/ Imagerie médicale / Laboratoire
Docteur AGOU	Pharmacie
Docteur EL SANHARAWI	Bloc opératoire/ Surgicube/ UCA/ Consultations OPH
Docteur ROUIDI S.	Médecine à Orientation Pneumologie et Médecine polyvalente
Docteur NSUMBU	SMR / HDJ SMR/ MGA / EHPAD / USLD
Docteur ABOUDA	MEDECINE AMBULATOIRE (Consultations Externes /Odontologie/ CPP/ HDJ Médecine)

 <p>Centre Hospitalier de Châteaudun</p>	 	<p>Direction/AC/ML</p> <p>Diffusion : Totale - Affichage</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Nom du Médecin	Chef de Service
Docteur WAN	Urgences/ USC/ HTCD/ SMUR/ USMP /CNP
Docteur ABOUDA	Médecine à Orientation Pneumologie / HDJ Médecine Consultations Externes
Docteur ROUIDI	Médecine Polyvalente Plaie et cicatrisation Réfèrent lien ville-hôpital
Docteur NSUMBU	Soins Médicaux et de Réadaptation
Docteur NSUMBU par intérim	Médecine Gériatrique Aigue
Docteur HUBLART	Imagerie Médicale
Docteur THEVENIAUD par intérim	Pharmacie
Docteur CHATTI	Bloc Opératoire
Docteur MANSOURI	Unité de Dépistage et de Chirurgie Ophtalmologique
Dr GUAY	Unité d'odontologie

Le 09 avril 2025

La Directrice,

 Anne CONSTANTIN

 Centre Hospitalier de Châteaudun
 (Eure-et-Loir)

   	Référencement N° version Validé par : Applicable le : ... Page 1 sur 23
REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE	
COMPOSITION	

CHAPITRE I. Composition des Comités Sociaux d'établissement

Article 1 – Nombre de représentants

Le nombre de représentants titulaires du comité social d'établissement est égal à dix, le Centre Hospitalier de Châteaudun comprenant de cinq cents à neuf cent quatre-vingt-dix-neuf agents.

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à **quatre ans**. Ce mandat est renouvelable.

Article 2 – Répartition titulaires et suppléants

Le nombre de représentants suppléants du comité social d'établissement est égal au nombre de représentants titulaires.

Article 3 – Modalités de remplacement

I. - Les modalités de remplacement d'un représentant du personnel qui cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions en raison de son décès, ou à la suite d'une démission de ses fonctions dans l'établissement ou dans le groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public ou du mandat au titre duquel il a été élu, d'un changement d'établissement ou de la fin de sa mise à disposition, ou parce qu'il est frappé d'une cause d'inéligibilité :

Lorsque l'élection a eu lieu au scrutin de liste, le représentant titulaire est remplacé par un suppléant de la liste au titre de laquelle il a été élu. Le suppléant est lui-même remplacé par le premier candidat restant non élu de la même liste. Lorsque, faute d'un nombre suffisant de candidats, l'organisation syndicale se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à ce remplacement, elle désigne le représentant parmi les agents éligibles ;

II. - Les modalités de remplacement d'un représentant titulaire qui se trouve dans l'impossibilité d'assister à une réunion du comité social d'établissement sont les suivantes :

Lorsque l'élection a eu lieu au scrutin de liste, il peut être remplacé par l'un quelconque des suppléants de l'organisation syndicale pour laquelle il a été élu.

III. - Lorsqu'un représentant du personnel bénéficie d'un congé pour maternité, pour adoption, ou d'un congé pour formation professionnelle, il est remplacé temporairement par une personne désignée selon les modalités prévues au I.

Article 4 – Lien avec les instances d'établissement

Dans les établissements publics de santé, un représentant du comité social d'établissement et un représentant de la commission médicale d'établissement assistent, avec voix consultative, aux réunions respectives de chacune de ces deux instances.

Les représentants sont désignés par chacune des instances concernées.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 2 sur 23

CHAPITRE II. Composition des formations spécialisées et modalités de désignation des représentants du personnel de la formation spécialisée

Article 5 – Nombre de représentants

I. - Le nombre de représentants du personnel titulaire dans la formation spécialisée d'un comité social d'établissement est égal au nombre de représentants du personnel titulaire dans le comité social d'établissement.

II. - Les représentants titulaires des formations spécialisées ont un nombre égal de suppléants.

III. - La **Formation Spécialisée du CSE est obligatoire**, le Centre Hospitalier de Châteaudun comprenant plus de deux cents agents.

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à **quatre ans**. Ce mandat est renouvelable.

Article 6 – Représentants du personnel non médical

Chaque organisation syndicale siégeant au comité social d'établissement désigne au sein de la formation spécialisée du comité un nombre de représentants titulaires égal au nombre de sièges qu'elle détient dans ce comité parmi les représentants titulaires et suppléants de ce comité.

Lorsqu'un membre d'une formation spécialisée se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, il est remplacé par un membre désigné dans les mêmes conditions.

Chaque organisation syndicale siégeant au comité social d'établissement désigne librement des représentants suppléants qui doivent satisfaire aux conditions d'éligibilité à ces comités.

Article 7 – Représentants du personnel médical

Dans les établissements publics de santé les représentants titulaires et suppléants représentant les personnels médecins, pharmaciens et odontologistes de la formation spécialisée sont désignés par la commission médicale d'établissement en son sein par un vote.

Article 8 – Présidence

Le président du comité social d'établissement ou son représentant préside la formation spécialisée du comité.

Outre les médecins du travail, assistent aux réunions des formations spécialisées, à titre consultatif, les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés et le représentant du service compétent en matière d'hygiène.

CHAPITRE III. Election des représentants

Sont annexés au présent règlement intérieur les règles relatives aux :

- Modalités d'élection des représentants du personnel
- Durées des mandats des représentants du personnel
- Déroulement des élections aux instances



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 3 sur 23

ATTRIBUTIONS

CHAPITRE IV. Attributions du comité social d'établissement

Article 9 – Débat annuel

Les comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public débattent chaque année, sur :

1. La programmation des travaux de l'instance ;
2. L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.

Article 10 – Rôle consultatif

Les comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé sont consultés sur :

1. Le règlement intérieur de l'établissement ;
2. Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;
3. Le plan global de financement pluriannuelle ;
4. L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques ;
5. L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
6. Les projets de réorganisation de service ;
7. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
8. Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;
9. Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
10. Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Article 11 – Information des CSE

Les comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé sont informés chaque année, sur :

1. La situation budgétaire de l'établissement ;
2. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;
3. Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code ;
4. Les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 4 sur 23

CHAPITRE V. Attribution de la formation spécialisée

Article 12 – Champ de compétence

Les formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail exercent leurs attributions à l'égard du personnel du ou des services de leur champ de compétence et de celui mis à la disposition et placé sous la responsabilité du directeur de l'établissement ou de l'administrateur du groupement par une administration extérieure.

La formation spécialisée instituée au sein du comité social d'établissement exerce ses attributions sur le périmètre du comité auquel elle appartient.

Article 13 – Rôle consultatif

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail est consultée sur la teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission.

Article 14 – Information de la formation spécialisée

Les représentants du personnel à la formation spécialisée sont informés des visites et de toutes les observations de l'agent de contrôle de l'inspection du travail ainsi que des réponses du directeur d'établissement ou de l'administrateur du groupement à ces observations.

Article 15 – Registre Spécial

Les représentants de la formation spécialisée ont accès au registre spécial mentionné à l'article D. 4132-1 du code du travail.

Article 16 – Consultation du Registre Spécial

Le registre, sous la responsabilité du directeur d'établissement ou de l'administrateur du groupement, est à la disposition :

1. Des membres de la formation spécialisée compétente ;
2. Des agents de contrôle de l'inspection du travail.

Tout avis figurant sur le registre doit être daté et signé et comporter l'indication des postes de travail concernés, de la nature du danger et de sa cause, du nom de la ou des personnes exposées, les mesures prises par le directeur d'établissement ou l'administrateur du groupement y sont également consignées.

Article 17 – Visites menées par la Formation Spécialisée

Les membres de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail procèdent à intervalles réguliers, à la visite des services relevant du champ de compétence de ladite formation.

Une délibération adoptée en séance à la majorité des membres de la formation spécialisée mandate une délégation de la formation spécialisée pour procéder à chaque visite. Elle fixe l'objectif, le secteur géographique et la composition de la délégation chargée de cette dernière.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 5 sur 23

Cette délégation comporte entre autre le président de la formation spécialisée ou son représentant et des représentants du personnel membres de la formation. Des agents du secteur géographique concerné, peuvent être conviés sous réserve des nécessités de service.

Elle peut être assistée du médecin du travail, de l'assistant ou du conseiller de prévention.

L'agent de contrôle de l'inspection du travail est invité par le président à ces visites.

Les missions accomplies dans le cadre du présent article donnent lieu à un procès-verbal présenté à la formation spécialisée.

Article 18 – Enquêtes menées par la Formation Spécialisée

La formation spécialisée compétente pour le service ou l'agent concerné est réunie, dans les plus brefs délais, à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves.

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail procède à une enquête :

1. En cas d'accident de service grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées ;
2. En cas d'accident de service ou de travail ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.

Les enquêtes sont réalisées par une délégation comprenant le président ou son représentant et au moins un représentant du personnel de la formation spécialisée. Le médecin du travail, l'assistant ou, le cas échéant, le conseiller de prévention peuvent participer à cette délégation.

L'agent de contrôle de l'inspection du travail peut être associé par le président à ces enquêtes.

La formation spécialisée est informée des conclusions de chaque enquête et des suites qui leur sont données.

Article 19 – Entretiens initiés par la Formation Spécialisée

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail peut demander à entendre le directeur d'un établissement voisin dont l'activité expose les travailleurs de son ressort à des nuisances particulières. Elle est informée des suites réservées à ses observations.

Article 20 – Expertises menées par la Formation Spécialisée

Lorsque la formation spécialisée ne dispose pas des éléments nécessaires à l'évaluation des risques professionnels, des conditions de santé et de sécurité ou des conditions de travail, le président de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail peut, à son initiative ou à la suite d'un vote majoritaire favorable des membres de la formation, faire appel à un expert certifié conformément aux articles R. 2315-51 et R. 2315-52 du code du travail dans les cas suivants :

1. En cas de risque grave avéré, révélé ou non par un accident de service ou par un accident du travail ou en cas de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;
2. En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail lorsqu'il ne s'intègre pas dans un projet de réorganisation de service.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 6 sur 23

Les frais d'expertise sont supportés par l'administration ou l'établissement dont relève la formation spécialisée.

Le directeur d'établissement ou l'administrateur du groupement fournit à l'expert les informations nécessaires à sa mission. Ce dernier est soumis à l'obligation de discrétion définie à l'article 73.

Le délai pour mener une expertise ne peut excéder **quarante-cinq jours** à compter du choix de l'expert certifié.

Le président de la formation spécialisée doit motiver substantiellement sa décision de refus de faire appel à un expert en cas de vote majoritaire favorable des membres de la formation. Cette décision est communiquée à la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.

En cas de désaccord sérieux et persistant entre les représentants du personnel et le président de la formation spécialisée sur le recours à l'expert certifié, la procédure prévue à l'alinéa suivant est mise en œuvre dans le délai mentionné au quatrième alinéa.

L'agent de contrôle de l'inspection du travail est obligatoirement saisi. Cette intervention donne lieu à un rapport adressé conjointement au directeur d'établissement ou à l'administrateur du groupement et à la formation spécialisée. Ce rapport indique, s'il y a lieu, les manquements en matière d'hygiène et de sécurité et les mesures proposées pour remédier à la situation.

Le directeur d'établissement ou à l'administrateur du groupement adresse dans les quinze jours à l'auteur du rapport une réponse motivée indiquant :

1. Les mesures prises au vu du rapport ;
2. Les mesures qu'elle va prendre et le calendrier de leur mise en œuvre.

Le directeur d'établissement ou à l'administrateur du groupement communique, dans le même délai, copie de sa réponse à la formation spécialisée.

Article 21 – Droit d'alerte de la Formation Spécialisée

Le représentant du personnel de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail qui constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents lors de l'exercice de leurs fonctions, notamment par l'intermédiaire d'un agent, en alerte immédiatement le directeur d'établissement, l'administrateur du groupement ou son représentant et consigne cet avis dans le registre sur le registre spécial mentionné à l'article D. 4132-1 du code du travail.

Le directeur d'établissement, l'administrateur du groupement ou son représentant procède immédiatement à une enquête avec le représentant de la formation spécialisée qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier. Il informe la formation spécialisée des décisions prises.

En cas de divergence sur la réalité du danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents ou la façon de le faire cesser, la formation spécialisée compétente est réunie d'urgence, dans un délai n'excédant pas vingt-quatre heures. L'agent de contrôle de l'inspection du travail est informé de cette réunion et peut y assister.

Après avoir pris connaissance de l'avis émis par la formation spécialisée, le directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement arrête les mesures à prendre.

A défaut d'accord entre le directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement et la formation spécialisée sur les mesures à prendre et leurs conditions d'exécution, l'agent de contrôle de l'inspection du travail est saisi.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 7 sur 23

Cette intervention donne lieu à un rapport adressé conjointement au directeur d'établissement ou à l'administrateur du groupement et à la formation spécialisée. Ce rapport indique, s'il y a lieu, les manquements en matière d'hygiène et de sécurité et les mesures proposées pour remédier à la situation.

Le directeur d'établissement ou à l'administrateur du groupement adresse dans les quinze jours à l'auteur du rapport une réponse motivée indiquant :

1. Les mesures prises immédiatement après l'enquête prévue au deuxième alinéa du présent article ;
2. Les mesures prises à la suite de l'avis émis par la formation spécialisée réunie en urgence ;
3. Les mesures prises au vu du rapport ;
4. Les mesures qu'elle va prendre et le calendrier de leur mise en œuvre.

Le directeur d'établissement ou à l'administrateur du groupement communique, dans le même délai, copie de sa réponse à la formation spécialisée.

Article 22 – Avis sur l'organisation du travail

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail, examine les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.

Le président, à son initiative ou à la demande de la moitié des représentants du personnel et après avis du secrétaire de la formation spécialisée, décide de soumettre au vote tout ou partie de ces questions.

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail est consultée :

1. Sur les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification de l'organisation et du temps de travail, des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail. Elle n'est toutefois pas consultée lorsque ces projets s'intègrent dans une réorganisation de service qui sont examinés directement par le comité social d'établissement au sein duquel ou en complément duquel elle est instituée ;
2. Sur les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents ;
3. Sur les plans mentionnés à l'article L. 3131-7 du code de la santé publique pour les établissements publics de santé et les groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public et à l'article D. 311-8 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements sociaux et médico-sociaux ;
4. Sur la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 8 sur 23

Article 23 – Rapport annuel à la Formation Spécialisée

Chaque année, le président soumet pour avis à la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail :

1. Un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des actions menées ;
2. Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail établi à partir de l'analyse contenue dans le rapport social unique. Il fixe la liste détaillée des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir. Il précise, pour chaque réalisation ou action, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût.

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail peut proposer un ordre de priorité et des mesures supplémentaires au programme annuel de prévention.

Lorsque certaines mesures prévues au programme de prévention n'ont pas été prises, les motifs en sont donnés en annexe au rapport annuel.

La formation spécialisée est associée au suivi et à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Article 24 – Examen du rapport annuel par la formation spécialisée

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail examine le rapport annuel établi par le médecin du travail et a accès aux informations relatives à la santé, la sécurité et aux conditions de travail contenues dans le rapport social unique.

Article 25 – Analyse des risques professionnels par la formation spécialisée

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents notamment, les femmes enceintes, ainsi que des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail.

Article 26 – Propositions d'actions de la formation spécialisée

La formation spécialisée contribue en outre à la promotion de la prévention des risques professionnels et peut proposer des actions qu'elle estime utile dans cette perspective. Elle peut proposer des actions de prévention du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et des violences sexistes et sexuelles.

La formation spécialisée suggère toute mesure de nature à améliorer la santé et la sécurité du travail, à assurer la formation des agents dans les domaines de la santé et de la sécurité. Elle coopère à la préparation des actions de formation à la santé et à la sécurité et veille à leur mise en œuvre.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 9 sur 23

CHAPITRE VI. Articulation des compétences en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail

Article 27 – Mandats au sein des instances

Les comités sociaux d'établissement et les formations spécialisées élisent parmi leurs membres titulaires un secrétaire et un secrétaire suppléant. Leur mandat est d'une durée de 4 ans.

Un agent, désigné par le directeur d'établissement ou l'administrateur du groupement, assiste aux réunions de ces instances et en assure le secrétariat administratif.

Après chaque réunion, il est établi un procès-verbal comprenant le compte rendu des débats et le détail des votes. Ce document est signé par le président et par le secrétaire et transmis dans le délai d'un mois à ses membres. Ce procès-verbal est soumis à l'approbation des membres du comité social d'établissement ou de la formation spécialisée lors de la séance suivante.

Article 28 – Organisation de réunions à distance

En cas d'urgence ou en cas de circonstances particulières, les membres représentants du personnel et le président du comité s'accordent pour assurer des réunions des comités sociaux d'établissement par conférence audiovisuelle ou téléphonique, sous réserve que le recours à cette technique permette d'assurer que le président soit en mesure de veiller au respect des règles posées en début de séance tout au long de celle-ci, afin que :

1° N'assistent que les personnes habilitées à l'être. Le dispositif doit permettre l'identification des participants et le respect de la confidentialité des débats vis-à-vis des tiers ;

2° Chaque membre siégeant avec voix délibérative ait la possibilité de participer effectivement aux débats.

Les modalités de réunion, d'enregistrement et de conservation des débats ou des échanges ainsi que les modalités selon lesquelles des tiers peuvent être entendus par le comité sont fixées par le règlement intérieur ou, à défaut, par le comité, en premier point de l'ordre du jour de la réunion.

Article 29 – Règlement intérieur des instances

Le président de chaque comité arrête, après avis du comité et après avoir reçu les propositions de la formation spécialisée du comité et de la ou des formations spécialisées de site qui lui sont rattachées lorsque ces formations spécialisées existent, le règlement intérieur du comité.

Ce règlement peut prévoir une commission dédiée à la formation ainsi que des dispositions plus favorables pour ce qui est de la présence et de la participation des membres suppléants au sein des instances. Au Centre Hospitalier de Châteaudun, est institué une commission de formation avec pour objectif de la réunir deux fois par an.

Article 30 – Réunion des instances

Le comité social d'établissement se réunit au moins une fois par trimestre, sur convocation de son président, à son initiative, ou dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Les formations spécialisées se réunissent au moins une fois par trimestre.

Le temps imparti pour les réunions de comité de formation, les réunions de rencontre RH ou Direction, les réunions de travail et de négociation est de 7H30.

Le temps imparti par journée d'instance du CSE et du F3SCT est de 7H30.

Les élus au F3SCT disposent également de 15H d'autorisation d'absence par mois.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 10 sur 23

Article 35 – Convocations aux instances

La convocation du comité social d'établissement est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. Les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou réglementaire sont inscrites de plein droit à l'ordre du jour par le président.

L'ordre du jour du comité est fixé par le président. Le secrétaire du comité social d'établissement est consulté préalablement à la définition de l'ordre du jour et peut proposer l'inscription de points à l'ordre du jour. Doivent notamment y être inscrits les points entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

La convocation de la formation spécialisée est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. L'ordre du jour est fixé par le président. Le secrétaire de la formation spécialisée est consulté préalablement à la définition de l'ordre du jour et peut proposer l'inscription de points à l'ordre du jour.

Article 36 – Délais de convocation

L'ordre du jour des séances des comités sociaux d'établissement et des formations spécialisées doit être adressé aux membres du comité par tout moyen, notamment par voie électronique pour les représentants disposant d'un matériel électronique individuel **au moins quinze jours** avant la séance. Ce délai peut être ramené à huit jours en cas d'urgence.

Communication doit être donnée aux membres titulaires et suppléants de l'instance de toutes pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions **au plus tard huit jours** avant la date de la séance.

Les membres suppléants du comité social d'établissement et des formations spécialisées, lorsqu'ils ne suppléent pas un membre titulaire, peuvent assister aux séances de l'instance, sans pouvoir prendre part aux débats.

Le président, à son initiative ou à la demande de membres titulaires de l'instance concernée, peut convoquer des personnes qualifiées en fonction au sein de l'établissement afin qu'elles soient entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour. Le nombre et l'identité des personnes qualifiées doivent être soumis à l'accord du président au plus tard quarante-huit heures avant l'instance.

Les personnes qualifiées n'ont pas voix délibérative. Elles ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Article 37 – Contrôle de l'inspection du travail

Les agents de contrôle de l'inspection du travail sont informés de toutes les réunions de la formation spécialisée du comité social d'établissement. L'ordre du jour et la convocation leur sont communiqués par le président, quinze jours à l'avance ou huit jours en cas d'urgence, afin qu'ils puissent y participer.

Le président du comité social d'établissement peut inviter l'agent de contrôle de l'inspection du travail ou le médecin du travail compétent pour le service à présenter leurs observations sur tout point inscrit à l'ordre du jour du comité social d'établissement, lorsqu'ils sont susceptibles d'avoir un impact en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 11 sur 23

Article 38 – Quorum

Le comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion.

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité social d'établissement siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

Article 39 – Délibérations

Seuls les représentants du personnel titulaires participent au vote. Les suppléants n'ont voix délibérative qu'en l'absence des titulaires qu'ils remplacent.

Les représentants de l'administration, les personnes qualifiées, le médecin du travail et l'agent de contrôle de l'inspection du travail ne participent pas au vote.

Les instances émettent leur avis à la majorité des présents.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Les abstentions sont admises. L'avis est favorable ou défavorable lorsque la majorité des membres présents s'est prononcée en ce sens. A défaut de majorité, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Un membre quittant la séance est remplacé de plein droit par un suppléant. A défaut, il peut donner délégation au cours de la séance à un autre membre du comité pour voter en son nom. Un membre du comité ne peut recevoir qu'une seule délégation de vote.

Article 40 – Nouvelles délibérations

Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des membres du comité social d'établissement, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et supérieur à trente jours. La nouvelle convocation est adressée dans un délai de huit jours aux membres du comité.

Le comité siège alors valablement quel que soit le nombre de représentants du personnel présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure.

Article 41 – Discrétion des membres des instances

Les séances du comité ne sont pas publiques.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux des comités sociaux d'établissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Article 42 – Droit d'accès des membres des instances

Toutes facilités doivent être données aux membres des comités siégeant au sein des instances et, aux membres de la délégation de la formation spécialisée pour exercer leurs fonctions.

Les membres de la délégation de la formation spécialisée, ou du comité social d'établissement en l'absence de formation spécialisée, qui procèdent aux visites des services bénéficient de toutes facilités et notamment d'un droit d'accès aux locaux relevant de leur aire de compétence géographique dans le cadre des missions qui leur sont confiées par ladite formation ou ledit comité.

Les conditions d'exercice de ce droit d'accès peuvent faire l'objet d'adaptation s'agissant des services soumis à des procédures d'accès réservés par la réglementation. Ces adaptations sont fixées par décision du directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 12 sur 23

Article 43 – Formation des membres des instances

I. - Les représentants du personnel, membres titulaires et suppléants du comité bénéficient d'une formation portant sur les compétences du comité d'une durée minimale de cinq jours au cours de leur mandat.

Les représentants du personnel, membres titulaires et suppléants des formations spécialisées, ou du comité en l'absence de formation spécialisée, bénéficient d'une formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail d'une durée minimale de cinq jours au cours de leur mandat. Elle est renouvelée à chaque mandat.

Le contenu de cette formation répond à l'objet défini aux articles R. 2315-9 et R. 2315-11 du code du travail.

Les organismes chargés d'assurer la formation sont soit les organismes figurant sur la liste établie en application de l'article 1^{er} du décret du 6 mai 1988 susvisé, soit les organismes figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 2315-8 du code du travail.

L'employeur prend en charge les frais de déplacement et de séjour des agents en formation dans les conditions prévues pour les frais de déplacement des personnels civils de l'Etat.

Les dépenses relatives à la rémunération des organismes de formation sont prises en charge dans les conditions fixées par l'article R. 2315-21 du code du travail. Les dépenses prises en charge par l'établissement au titre de la formation des représentants du personnel à la formation spécialisée ne s'imputent pas sur le financement des actions de formation prévues par le décret du 21 août 2008 susvisé.

Pour deux des cinq jours de formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail, les représentants du personnel membres des formations spécialisées ou, lorsque celles-ci n'ont pas été créées, membres du comité social d'établissement bénéficient du congé pour formation en matière d'hygiène et de sécurité au travail prévu au 7° bis de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée dans les conditions prévues au III du présent article.

II. - Les représentants du personnel membres du comité qui ne siègent pas en formation spécialisée bénéficient de la formation mentionnée au deuxième alinéa du I pour une durée de trois jours au cours de leur mandat. Par dérogation, le septième alinéa du I ne leur est pas applicable. Cette formation est renouvelée à chaque mandat.

III. - Le congé pour formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail prévu au 7° bis de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée ne peut être accordé que pour suivre une formation prévue au I et dans les conditions qu'il prévoit, sous réserve des présentes dispositions.

L'agent choisit la formation et, parmi les organismes mentionnés au quatrième alinéa du I du présent article, l'organisme de formation qui l'assure.

Il adresse sa demande de congé par écrit au directeur d'établissement ou à l'administrateur du groupement au moins un mois avant le début de la formation. La demande précise la date à laquelle l'agent souhaite prendre son congé ainsi que le descriptif et le coût de la formation, le nom et l'adresse de l'organisme de formation choisis par l'agent.

Le bénéfice de ce congé ne peut être refusé que si les nécessités du service s'y opposent. Le refus doit être motivé.

Le directeur d'établissement ou l'administrateur du groupement est tenu de répondre à la demande de l'agent au plus tard le quinzième jour qui précède le début de la formation sollicitée.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 13 sur 23

Les dépenses afférentes à la formation suivie pendant le congé sont prises en charge par l'établissement ou le groupement concerné dans les conditions prévues à l'article R. 2315-21 du code du travail.

A son retour de congé, l'agent remet au directeur d'établissement ou à l'administrateur du groupement une attestation délivrée par l'organisme de formation constatant son assiduité. En cas d'absence sans motif valable, l'agent est tenu de rembourser à l'établissement ou au groupement concerné les dépenses prises en charge en application de l'alinéa précédent.

Article 44 – Autorisations d'absence des membres des instances

I. - Sur simple présentation de leur convocation les représentants du personnel titulaires et suppléants, membres des formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail ou, lorsqu'il n'en n'existe pas, membres des comités sociaux d'établissement, se voient accorder une autorisation d'absence lorsqu'ils sont appelés à siéger dans les instances.

La durée de l'autorisation d'absence comprend, outre les délais de route, une durée de temps égale **au double de la durée prévisible de la réunion**, destinée à permettre aux intéressés d'assurer la préparation et le compte rendu des travaux.

II. - En outre, l'employeur laisse à chacun des représentants du personnel à la formation spécialisée, ou au comité en l'absence de formation spécialisée, le temps nécessaire à l'exercice de leurs fonctions et au moins :

Quinze heures par mois dans les établissements et groupements employant de trois cents à mille quatre cent quatre-vingt-dix-neuf agents ;

III. - Pour les formations spécialisées de site, les heures de délégation attribuées aux représentants du personnel sont calculées en fonction de l'effectif d'agents relevant de chaque site.

IV. - Les représentants du personnel peuvent répartir entre eux les heures de délégation dont ils disposent. Ils en informent l'employeur.

V. - Une autorisation d'absence est aussi accordée aux représentants du personnel faisant partie de la délégation de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail ou, lorsqu'il n'en existe pas, du comité social d'établissement, réalisant les enquêtes prévues aux articles 22 et 25, dans toute situation d'urgence, pour le temps passé à la recherche de mesures préventives.

VI. - Les temps de trajets afférents aux visites prévues à l'article 21 font également l'objet d'autorisations d'absence.

Article 45 – Indemnisation des membres des instances

Les membres titulaires et suppléants du comité social d'établissement et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité. Les membres convoqués pour assister avec voix délibérative aux travaux des comités ainsi que les experts sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 14 sur 23

Article 46 – Publicité des projets et avis

Les projets élaborés et les avis émis par le comité social d'établissement et les formations spécialisées sont portés par l'administration à la connaissance du personnel en fonction dans l'établissement dans un délai d'un mois, par tout moyen approprié.

Les avis émis par le comité social d'établissement sont portés par le président à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement dans les établissements de santé, et à la connaissance du conseil d'administration dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Le comité social d'établissement et la formation spécialisée doivent, dans un délai de deux mois, être informés des suites données à leurs avis ou propositions.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 15 sur 23

ANNEXE : Déroulement des élections

Article 1 – Mode de scrutin

Les représentants du personnel au comité social d'établissement sont élus au scrutin de liste.

Article 2 – Corps électoral

I. - Pour le calcul des effectifs dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, sont pris en compte :

1. Les fonctionnaires titulaires en activité, en congé parental, accueillis en détachement ou en mise à disposition au sein de l'établissement ;
2. Les fonctionnaires stagiaires en position d'activité ou de congé parental ;
3. Les agents contractuels de droit public régis par le décret du 6 février 1991 susvisé et les agents contractuels de droit privé exerçant leurs fonctions au sein de l'établissement ou bien en congé rémunéré ou en congé parental ;
4. Les agents mis à disposition des organisations syndicales ;
5. Les agents mis à disposition ou détachés auprès d'un groupement d'intérêt public ou d'une autorité publique indépendante.

Les agents mis à disposition par l'établissement pour une quotité égale ou inférieure au mi-temps sont pris en compte uniquement dans les effectifs de leur établissement d'origine.

Les agents mis à disposition par les établissements membres auprès d'un groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public pour une quotité supérieure au mi-temps sont pris en compte uniquement dans les effectifs du groupement.

Toutefois, les agents mentionnés à l'article 7 du décret du 3 août 2016 susvisé ne sont pas pris en compte.

Les élèves des écoles et des centres de formation ne sont pas pris en compte excepté les agents en promotion professionnelle.

II. - L'effectif retenu, comprenant les parts respectives de femmes et d'hommes, est apprécié au 1er janvier de l'année de l'élection des représentants du personnel. Il est déterminé au plus tard huit mois avant la date du scrutin.

Le nombre de sièges à pourvoir indiquant les parts respectives de femmes et d'hommes devant figurer sur les listes de candidats est affiché dans l'établissement **six mois au plus tard** avant la date du scrutin.

Toutefois, si dans les six premiers mois de l'année du scrutin une réorganisation de l'établissement entraîne une variation d'au moins 20 % des effectifs représentés au sein du comité social d'établissement, l'effectif de référence, comprenant les parts respectives de femmes et d'hommes, est apprécié au plus tard quatre mois avant la date du scrutin. Le nombre de sièges à pourvoir indiquant les parts respectives de femmes et d'hommes devant figurer sur les listes de candidats est affiché dans l'établissement immédiatement après ce délai.

En cas d'élection partielle, l'effectif de référence est apprécié à la date d'effet de la décision à l'origine de l'organisation de cette élection.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 16 sur 23

Article 3 – Durée du mandat

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à **quatre ans**. Ce mandat est renouvelable.

La durée du mandat peut être exceptionnellement réduite ou prorogée, dans un intérêt de service, par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Cette réduction ou prorogation ne peut excéder une durée d'un an.

Lors du renouvellement d'un comité social d'établissement, les nouveaux membres entrent en fonctions à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

Toutefois, lorsqu'un comité social d'établissement est créé ou renouvelé entre deux renouvellements généraux, les représentants du personnel sont élus dans les conditions prévues au présent titre, pour la durée du mandat restant à courir jusqu'au renouvellement général.

En cas de fusion d'établissements intervenant moins de six mois avant ou moins de six mois après le renouvellement général des comités sociaux d'établissement, les représentants du personnel au comité social d'établissement du nouvel établissement sont désignés sur la base des suffrages cumulés obtenus par les organisations syndicales dans chacun des établissements à l'origine du nouvel établissement. Les sièges sont attribués aux organisations syndicales conformément aux dispositions des articles 32 et 33.

RETRAIT A FAIRE VOTER EN CSE

Article 4 – Date des élections

La date des élections pour le renouvellement général des comités sociaux d'établissement est fixée par arrêté du Premier ministre, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé de la santé. Cette date est rendue publique au moins six mois à l'avance par affichage dans les établissements concernés.

Lorsque l'élection des membres d'un comité social d'établissement a lieu entre deux renouvellements généraux, notamment en cas de création d'un nouveau comité social d'établissement, la date du scrutin est fixée par le directeur de l'établissement, après consultation des organisations syndicales remplissant, dans la fonction publique hospitalière, les conditions fixées au I de l'article 9 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée et constituées dans l'établissement ou au niveau départemental ou au niveau national.

Article 5 – Listes électorales

Sont électeurs au comité social d'établissement les agents pris en compte dans l'effectif qui sert de base à déterminer le nombre de sièges à pourvoir.

Toutefois, les agents mentionnés à l'article 7 du décret du 3 août 2016 susvisé n'ont pas la qualité d'électeur.

Article 6 – Etablissement des listes électorales



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 17 sur 23

Le directeur de l'établissement dresse la liste électorale. La qualité d'**électeur** est appréciée à **la date du scrutin**. Dans le cas prévu à l'avant dernier alinéa de l'article 25, une liste électorale est établie pour chaque section de vote.

La liste électorale est affichée dans l'établissement et, s'il y a lieu, dans les établissements annexes, **soixante jours** au moins avant la date fixée pour le scrutin.

Dans un délai de huit jours suivant l'affichage, les électeurs peuvent vérifier les inscriptions et, le cas échéant, présenter au directeur de l'établissement des demandes d'inscription ou des réclamations contre les inscriptions ou omissions sur la liste électorale. A l'expiration de ce délai de huit jours, le directeur affiche dans les quarante-huit heures les modifications apportées à la liste électorale. Pendant cinq jours, à compter de cet affichage, des réclamations peuvent être formulées contre les inscriptions ou radiations ainsi prononcées. Le directeur ou l'administrateur statue alors dans les vingt-quatre heures.

A l'expiration du délai de seize jours suivant l'affichage, la liste électorale est close.

La liste électorale ainsi close est transmise aux organisations syndicales remplissant, dans la fonction publique hospitalière, les conditions fixées au I de l'article 9 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée.

Aucune modification n'est alors admise, sauf si un événement postérieur et prenant effet au plus tard la veille du scrutin entraîne, pour un agent, l'acquisition ou la perte de la qualité d'électeur.

Dans ce cas, l'inscription ou la radiation est prononcée au plus tard la veille du scrutin par le directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement, soit de sa propre initiative, soit à la demande de l'intéressé, et immédiatement portée à la connaissance des personnels par voie d'affichage, sans toutefois entraîner de modification du nombre des sièges à pourvoir.

Article 7 – Eligibilité

Sont éligibles au titre d'un comité social d'établissement les agents remplissant les conditions requises pour être inscrits sur la liste électorale de ce comité et qui, à la date du scrutin, sont en fonctions depuis au moins trois mois dans l'établissement

Toutefois, ne peuvent être élus :

1. Les agents en congé de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie ;
2. Les agents qui ont été frappés d'une rétrogradation ou d'une exclusion temporaire de fonctions de seize jours à deux ans, à moins qu'ils n'aient été amnistiés ou qu'ils n'aient bénéficié d'une décision acceptant leur demande tendant à ce qu'aucune trace de la sanction prononcée ne subsiste à leur dossier ;
3. Les agents frappés d'une des incapacités énoncées à l'article L. 6 du code électoral.

Article 8 – Candidatures

Les candidatures sont présentées par les organisations syndicales qui, dans la fonction publique hospitalière, remplissent les conditions fixées au I de l'article 9 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée. Elles sont déposées auprès de la direction de l'établissement ou de l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public au moins quarante-deux jours avant la date fixée pour les élections.

L'administration affiche au plus tard le deuxième jour ouvré suivant la date limite fixée pour leur dépôt, la liste des organisations syndicales ayant légalement déposé une candidature de liste ou de sigle. Ces candidatures sont tenues à disposition des organisations syndicales et des électeurs dans un lieu déterminé par le directeur d'établissement ou par l'administrateur du groupement.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 18 sur 23

Lorsque l'administration constate que l'organisation syndicale ne satisfait pas aux conditions fixées au I de l'article 9 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée, elle informe le délégué de liste par décision motivée et au plus tard le jour suivant la date limite de dépôt de l'irrecevabilité de la candidature.

En cas de contestation de la décision de l'administration devant le tribunal administratif compétent, le premier délai mentionné au sixième alinéa du présent article ainsi que le premier délai mentionné au premier alinéa de l'article 23 ne courent qu'à compter de la notification du jugement du tribunal administratif.

Lorsque plusieurs organisations syndicales affiliées à une même union de syndicats de fonctionnaires ont déposé des candidatures concurrentes pour une même élection, l'administration en informe, dans un délai de trois jours à compter de la date limite de dépôt des candidatures, les délégués de chacune des listes concernées. Ces derniers disposent alors d'un délai de trois jours pour procéder aux modifications ou aux retraits de candidatures nécessaires.

Si, après l'expiration de ce dernier délai, ces modifications ou retraits ne sont pas intervenus, l'administration informe dans un délai de trois jours l'union des syndicats dont les listes se réclament. Celle-ci dispose alors d'un délai de cinq jours pour indiquer à l'administration, par tout moyen conférant date certaine, la liste qui pourra se prévaloir de l'appartenance à l'union.

En l'absence de cette indication, les organisations syndicales ayant déposé les listes en cause ne peuvent bénéficier des dispositions du 2° du I de l'article 9 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée et ne peuvent se prévaloir de l'appartenance à l'union pour l'application du présent décret. Ces organisations syndicales ne peuvent alors participer au scrutin que si elles satisfont elles-mêmes aux dispositions du 1° de l'article 9 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée.

Chaque organisation syndicale ne peut présenter qu'une candidature pour un même scrutin.

Article 9 – fonctionnement du scrutin de liste

I. - Chaque candidature doit comporter le nom d'un délégué qui, en cas de scrutin de liste, peut-être ou non candidat, désigné par l'organisation syndicale afin de représenter la candidature dans toutes les opérations électorales. L'organisation syndicale peut désigner un délégué suppléant.

Les candidatures peuvent être communes à plusieurs organisations syndicales.

Le dépôt des candidatures fait l'objet d'un récépissé établi selon un modèle type remis ou adressé au délégué de candidature ou à son suppléant.

II. - En cas d'élection au scrutin de liste, nul ne peut être candidat sur plusieurs listes pour un même scrutin.

Chaque liste comprend un nombre de noms égal au moins aux deux tiers et au plus au nombre de sièges de représentants titulaires et de représentants suppléants à pourvoir, sans qu'il soit fait mention pour chacun des candidats de la qualité de titulaire ou de suppléant. En outre, elle doit comporter un nombre pair de noms au moment de leur dépôt.

Chaque liste comprend un nombre de femmes et d'hommes correspondant aux parts respectives de femmes et d'hommes représentés au sein du comité social d'établissement. Ce nombre est calculé sur l'ensemble des candidats inscrits sur la liste.

Lorsque l'application de l'alinéa précédent n'aboutit pas à un nombre entier de candidats à désigner pour chacun des deux sexes, l'organisation syndicale procède indifféremment à l'arrondi à l'entier inférieur ou supérieur.

Si une liste comporte, à la date limite de dépôt prévue au deuxième alinéa de l'article 21, un nombre de candidats supérieur ou inférieur à celui fixé au deuxième alinéa du présent II, l'organisation syndicale qui a déposé cette liste est réputée n'avoir présenté aucun candidat.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 19 sur 23

Le dépôt de chaque liste est accompagné d'une déclaration de candidature signée par chaque candidat. Le dépôt fait l'objet d'un récépissé, établi selon un modèle type, remis par le directeur ou par l'administrateur au délégué de liste ou au délégué suppléant. Chaque liste déposée mentionne les noms, prénoms et sexe de chaque candidat et indique le nombre de femmes et d'hommes.

III. - Lorsqu'il est recouru à l'élection au scrutin sur sigle dans les conditions prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article 10, l'organisation syndicale fait acte de candidature sans qu'il y ait lieu d'appliquer le II du présent article.

Article 10 – Contrôle des candidatures

Dans le délai de huit jours suivant la date limite de dépôt des listes, le directeur ou l'administrateur procède à leur vérification. Si, à l'expiration de ce délai, il n'a constaté aucune irrégularité, les listes sont considérées comme valides. Sous ce même délai de huit jours, s'il constate des irrégularités, il les porte sans délai à la connaissance des délégués de listes. Ces derniers peuvent alors procéder, dans un délai de cinq jours à compter de l'expiration du délai de huit jours susmentionné, aux modifications nécessaires. Chaque candidat inéligible est remplacé par un candidat désigné dans le respect des règles définies aux deuxième et troisième alinéas du II de l'article 22. A l'occasion de cette désignation, le délégué de liste peut modifier l'ordre de présentation de la liste.

Aucune liste ne peut être modifiée après l'expiration de ce délai de cinq jours. A défaut de rectification au terme de ce délai, le directeur raye de la liste les candidats inéligibles.

Cette liste peut néanmoins participer aux élections si elle satisfait toujours à la condition de comprendre un nombre de noms égal au moins aux deux tiers des sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir et si elle respecte sur ce nombre les parts respectives de femmes et d'hommes telles que définies au troisième alinéa du II de l'article 22.

Les candidatures sur liste ou sigle établies dans les conditions prévues par les articles 21 et 22, ainsi que par l'alinéa précédent sont affichées dans l'établissement ou au sein du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public dès que possible et au plus tard à l'expiration des délais mentionnés à l'article 21.

Toutefois, si le fait motivant l'inéligibilité d'un candidat est intervenu après la date limite prévue pour le dépôt des listes, ce candidat peut être remplacé jusqu'au quinzième jour précédant le scrutin sans qu'il y ait lieu de modifier la date du scrutin.

Sous réserve des alinéas précédents, aucun retrait de candidature ne peut être opéré et aucune nouvelle candidature ne peut être présentée après le dépôt des listes de candidats.

Article 11 –Déroulement du scrutin

Le directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public fixe, après consultation des organisations syndicales présentant leur candidature, le modèle des bulletins de vote et des enveloppes.

Les bulletins de vote et les enveloppes établis d'après un modèle type défini par arrêté du ministre chargé de la santé, ainsi que les professions de foi répondant aux conditions fixées par le même arrêté, sont réalisés par l'administration et à ses frais.

Les bulletins de vote mentionnent l'objet et la date du scrutin, l'intitulé de la liste et le nom des candidats ou, le cas échéant, la dénomination du sigle ainsi que l'appartenance éventuelle de l'organisation syndicale à une union de syndicats à caractère national.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 20 sur 23

Les documents électoraux sont adressés par l'établissement ou le groupement et à ses frais au domicile de chaque électeur dans des conditions prévues par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Seul le matériel électoral fourni par l'administration est valide.

Article 12 – Bureau de vote

Un bureau de vote est institué dans chaque établissement ou au sein de chaque groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public.

Le bureau de vote comprend un président et un secrétaire désignés par le directeur de l'établissement ou par l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public ainsi qu'un assesseur désigné par chaque organisation syndicale ayant présenté sa candidature. Dans le cas où ces organisations syndicales ne désignent pas d'assesseurs en nombre suffisant, le président peut compléter le bureau de vote en faisant appel à des électeurs présents à l'ouverture du bureau de vote.

En cas d'absence ou d'empêchement, le président est remplacé par le secrétaire.

En cas de dispersion des services, les électeurs peuvent être répartis en bureaux de vote secondaires par décision du directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public prise après consultation des organisations syndicales présentant leur candidature.

Le directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement désigne le président de chaque bureau de vote secondaire. Celui-ci comprend des assesseurs désignés dans les conditions prévues au deuxième alinéa du présent article.

Article 13 – Opérations de vote

Il est procédé aux opérations de vote dans l'établissement ou dans le groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public pendant les heures de service.

Le scrutin doit être ouvert sans interruption pendant au moins sept heures. Les horaires d'ouverture et de clôture du scrutin sont arrêtés en fonction des effectifs de l'établissement ou du groupement par le directeur ou par l'administrateur après consultation des organisations syndicales ayant présenté leur candidature.

Le vote a lieu en personne et au scrutin secret dans les conditions prévues par les articles L. 60 à L. 64 du code électoral. La distribution ou la diffusion de documents de propagande électorale sont interdites le jour du scrutin.

Il peut être recouru au vote électronique par internet dans les conditions fixées par le décret du 14 novembre 2017 susvisé.

En cas de recours au vote électronique, celui-ci est exclusif de toute autre modalité de vote à part en cas d'altération.

Le vote peut également avoir lieu par correspondance sauf en cas de recours au vote électronique.

Le vote par procuration n'est pas admis.

Article 14 – Vote par correspondance

En cas de vote par correspondance, le bulletin de vote est inclus dans une première enveloppe non cachetée vierge de toute inscription. Cette enveloppe est placée dans une seconde enveloppe cachetée, signée par l'agent et portant au recto l'identité de l'électeur. L'ensemble est adressé par voie postale au directeur de l'établissement ou à l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public et doit parvenir au bureau de vote avant l'heure de clôture du



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 21 sur 23

scrutin. Les bulletins arrivés après cette heure limite n'entrent pas en compte dans le résultat du dépouillement. En outre, seul le matériel électoral fourni par l'établissement ou par le groupement peut être utilisé.

Le directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement tient un registre des votes par correspondance.

Article 15 – Liste électorale

Dans chaque lieu de vote est déposée une liste électorale, qui est émargée par chaque électeur votant et par un membre du bureau, ou par ce dernier seulement dans le cas du vote par correspondance.

En cas de scrutin de liste, les électeurs ne peuvent voter que pour une liste sans radiation ni adjonction de noms et sans modification de l'ordre de présentation des candidats. En cas de scrutin sur sigle, les électeurs ne doivent porter aucune mention sur le bulletin.

Est nul tout bulletin établi en méconnaissance de l'une de ces conditions.

Article 16 – Dépouillement

Le dépouillement des bulletins est effectué par le bureau de vote et, le cas échéant, les bureaux de vote secondaires dès la clôture du scrutin.

Les votes par correspondance sont dépouillés par le bureau de vote ou, le cas échéant, par les bureaux de vote secondaires, en même temps et dans les mêmes conditions que les votes sur place après qu'il a été procédé à leur recensement dans les conditions fixées aux alinéas suivants.

Pour le recensement des votes par correspondance, la liste électorale est émargée par un membre du bureau au fur et à mesure de l'ouverture des enveloppes extérieures cachetées portant les mentions relatives à l'identification de l'électeur.

L'enveloppe intérieure vierge est déposée sans être ouverte dans l'urne contenant les suffrages des électeurs ayant voté sur place.

Sont mises à part sans donner lieu à émargement :

1. Les enveloppes extérieures non acheminées par la poste ;
2. Les enveloppes parvenues au bureau de vote ou à la section de vote après le délai fixé à l'article 27 ;
3. Les enveloppes qui ne comportent pas la signature de l'électeur et son nom, écrit lisiblement ;
4. Les enveloppes parvenues en plusieurs exemplaires sous la signature d'un même électeur ;
5. Les enveloppes comprenant plusieurs enveloppes intérieures ;
6. Les enveloppes émanant d'électeurs ayant pris part au vote sur place.

Les suffrages correspondant à ces enveloppes sont déclarés nuls.

Article 17 – Modalités du dépouillement

Le bureau de vote procède successivement :

1. Au dépouillement du scrutin pour les électeurs inscrits auprès de ce bureau ;
2. Le cas échéant, au récolement des suffrages dépouillés par les bureaux de vote secondaires qui lui sont transmis par ceux-ci accompagnés d'un procès-verbal établi dans les conditions prévues à l'article 32 ;
3. A la détermination du nombre total de suffrages valablement exprimés obtenus par chaque candidature.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 22 sur 23

Il détermine en outre le quotient électoral en divisant le nombre de suffrages valablement exprimés par le nombre de représentants titulaires à élire.

Article 18 – Désignation des représentants

I. - Les représentants du personnel sont élus à la représentation proportionnelle. La désignation des membres titulaires est effectuée dans les conditions suivantes.

Chaque organisation syndicale a droit à autant de sièges de représentants titulaires du personnel que le nombre de voix recueillies par elle contient de fois le quotient électoral.

Les sièges de représentants titulaires restant éventuellement à pourvoir sont attribués suivant la règle de la plus forte moyenne.

En cas de liste ne comportant pas un nombre de noms égal au nombre de sièges de titulaires ou de suppléants à pourvoir, lors du dépôt des candidatures ou au terme de la procédure prévue à l'article 23, l'organisation syndicale ne peut prétendre à l'obtention de plus de sièges de représentants titulaires et de représentants suppléants du personnel que ceux pour lesquels elle a proposé des candidats. Les sièges éventuellement restants ne sont pas attribués.

II. - En cas de scrutin de liste, lorsque, pour l'attribution d'un siège, des listes obtiennent la même moyenne, le siège est attribué à la liste ayant obtenu le plus grand nombre de voix. Si les listes en cause ont recueilli le même nombre de voix, le siège est attribué à celle qui a présenté le plus grand nombre de candidats. Si plusieurs listes ont obtenu le même nombre de voix et ont présenté le même nombre de candidats, le siège est attribué au candidat le plus âgé.

Les représentants titulaires sont désignés dans l'ordre de présentation des listes par les organisations syndicales en fonction du nombre de sièges qu'elles ont obtenus.

Les représentants suppléants sont également désignés dans l'ordre de présentation desdites listes à la suite des représentants titulaires et en nombre égal à ceux-ci.

III. - En cas de scrutin sur sigle, lorsque, pour l'attribution d'un siège, des organisations syndicales obtiennent la même moyenne, celui-ci est attribué à l'organisation syndicale ayant obtenu le plus grand nombre de voix. En cas d'égalité de suffrages, le siège est attribué par voie de tirage au sort.

IV. - Lorsqu'une candidature de liste ou de sigle commune a été établie par des organisations syndicales, la répartition entre elles des suffrages exprimés se fait sur la base indiquée et rendue publique par les organisations syndicales concernées lors du dépôt de leur candidature. Cette répartition est mentionnée sur les candidatures affichées dans les bureaux et sections de vote. A défaut d'une telle indication, la répartition des suffrages se fait à part égale entre les organisations syndicales concernées.

V. - Dans les établissements de cinquante à cent quatre-vingt-dix-neuf agents, si le directeur ou l'administrateur du groupement décide de la création de la formation spécialisée prévue au I de l'article 3 huit mois avant l'élection du comité social d'établissement, après avis du comité social, sont élus comme représentants titulaires du personnel le nombre minimum de représentants titulaires prévu à l'article 6.

Article 19 – Proclamation des résultats

Le bureau de vote proclame les résultats.



**REGLEMENT INTERIEUR DE FONCTIONNEMENT DU COMITE SOCIAL
D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE**

Référencement
N° version
Validé par :
Applicable le : ...
Page 23 sur 23

Un procès-verbal des opérations électorales est établi par le président du bureau de vote et le cas échéant par les présidents des bureaux de vote secondaires, et signé par les membres de ceux-ci. Le président du bureau de vote établit le procès-verbal récapitulatif de l'ensemble des opérations électorales qui est signé par les membres de celui-ci.

Le procès-verbal mentionne le nombre d'électeurs, le nombre de votants, le nombre de votes blancs, le nombre de votes nuls, le nombre de suffrages valablement exprimés et le nombre de voix obtenues par chaque candidature en présence. Sont annexées à ce procès-verbal les enveloppes mises à part sans être ouvertes, les bulletins blancs et les bulletins nuls.

En présence des membres du bureau de vote, son président enregistre les résultats des élections sur la plate-forme de saisie automatisée des résultats mise à disposition par le ministre chargé de la santé et y télécharge le procès-verbal signé. Le président du bureau de vote communique, dans les vingt-quatre heures suivant le scrutin, une copie du procès-verbal aux délégués de liste, à défaut de délégué de liste à chaque organisation syndicale ayant présenté sa candidature, ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé. Ce dernier vérifie la concordance entre les procès-verbaux et les résultats enregistrés par les présidents des bureaux de vote sur la plate-forme de saisie automatisée des résultats et valide. Cette validation entraîne l'agrégation automatisée des résultats ainsi que leur transmission au ministre chargé de la santé.

Le directeur général de l'agence régionale de santé communique dans un délai de quarante-huit heures les résultats régionaux au ministre chargé de la santé.

Les résultats du scrutin sont publiés, sans délai, par voie d'affichage par le directeur de l'établissement ou par l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public.

Chaque organisation syndicale ayant obtenu un ou plusieurs sièges de représentants titulaires au comité social d'établissement à l'issue du scrutin sur sigle doit désigner l'ensemble de ses représentants, titulaires et suppléants, dans un délai qui ne peut être ni inférieur à quinze jours ni supérieur à trente jours suivant réception du procès-verbal des élections et communiquer la liste de ces représentants au directeur de l'établissement ou à l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public.

Le procès-verbal et les documents annexés sont conservés par le directeur de l'établissement ou par l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public.

Article 20 – Départage

Lorsqu'aucune candidature de liste ou de sigle n'a été présentée par les organisations syndicales, il est procédé à un tirage au sort parmi les électeurs.

En outre, en cas de scrutin sur sigle, lorsque l'organisation syndicale ne peut désigner, dans le délai fixé à l'article 32, ses représentants sur le ou les sièges auxquels elle a droit, ces sièges demeurent non attribués. Il est alors procédé au tirage au sort parmi les agents éligibles au moment de la désignation pour pourvoir les sièges restant.

Article 21 – Contestation de la validité des élections

Les contestations de la validité des élections sont portées dans un délai de cinq jours à compter de la proclamation des résultats devant le directeur de l'établissement ou devant l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public. Celui-ci statue dans les quarante-huit heures par une décision motivée, dont il adresse aussitôt une copie au directeur général de l'agence régionale de santé. Les contestations sont ensuite portées, le cas échéant, devant la juridiction administrative.



« Règlement intérieur commission des usagers »

Référencement

N° version : 4

Validé par : A.Constantin

Applicable le : 03/12/2025

Page 131 sur 218

Préambule

Le présent règlement intérieur a pour objet de définir les attributions, la composition, les conditions de fonctionnement et la procédure de traitement des réclamations de la commission des usagers.

Le CH de Châteaudun affirme son attachement au respect des droits des personnes accueillies au sein de l'établissement tels qu'ils sont définis par la législation et la politique des droits des patients de l'établissement. Il s'engage à mettre en œuvre sa mission dans une approche éthique de l'accompagnement des patients et du « prendre soin ».

Textes de référence

1. Code de la Santé Publique, notamment les articles L. 1112-3 et L. 1114-1 loi du 23 mars 2019.
2. Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique,
3. Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge,
4. Décret 2005-300 du 31 mars 2005 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de Santé Publique.
5. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
6. Décret n° 2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers dans les établissements publics de santé.

Article 1 : Membres de la commission :

Afin de mener à bien ses missions, la composition de la commission est la suivante :

La CDU est composée des membres de droit suivant (code de la santé publique, Article R.1112-81).

- Un représentant d'Etablissement
- Un médiateur médical
- Un médiateur non-médical
- 2 représentants des usagers.

1.1 Désignation des membres titulaires et des suppléants de la commission :

1) La présidence :

La présidence est assurée par un des membres mentionnés aux 1° à 3° de l'article R1112-81 du code de la santé publique, soit par un représentant des usagers, soit par un médiateur, soit par le représentant légal de l'établissement.

Le président est élu pour un mandat de 3 ans renouvelable deux fois.

Le vote a lieu au scrutin secret et uninominal, à la majorité des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les deux candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

2) Le vice- président :

Le Vice-Président est issu d'une autre catégorie de membres que celle du Président. Son mandat est renouvelable 2 fois.

En cas d'empêchement ou d'absence prolongée ou de démission du président de la commission des usagers, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le vice-président.

3) Le représentant légal de l'établissement :

Le ou la directeur (ice) ou la personne qu'il désigne à cet effet afin de le représenter ;

4) Le médiateur non médical et son suppléant :

Le médiateur non médical et son suppléant sont désignés par le Directeur parmi le personnel non médical exerçant dans l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82.

5) Le médiateur médical et son suppléant :

Après avis de la CME, le médiateur médical et son suppléant sont désignés, dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82, par le Directeur parmi les médecins exerçant dans l'établissement ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de conciliateur depuis moins de 5 ans.

En cas de vacance du siège de médecin médiateur pendant une période supérieure à 6 mois, le Directeur de l'Agence Régionale de Santé en désigne un sur proposition du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, parmi les praticiens remplissant les conditions d'exercice désignées à l'alinéa précédent.

6) Les représentants des usagers et leurs suppléants :

Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé parmi les personnes proposées par les associations agréées dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83.

Les représentants des usagers bénéficient d'une formation initiale et continue, conformément à la réglementation en vigueur. L'article R1112-90 CSP

Toutefois, lorsque les représentants des usagers siégeant au sein du Conseil de surveillance acceptent de siéger, le Directeur de l'Agence Régionale de Santé est dispensé de solliciter de telles propositions.

7) Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement :

Le Président de la CME est membre de droit. Il peut toutefois se faire représenter. Dans ce cas, il désigne son représentant parmi les membres de la Commission Médicale d'Etablissement.

8) Le représentant de la Commission de Soins Infirmiers, de rééducation et Médico-technique :

Le représentant de la Commission de soins infirmiers, de Rééducation et Médico-technique et son suppléant sont désignés par le Directeur des Soins parmi les membres mentionnés au b de l'article R. 714-62-2, de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.

9) Le représentant du personnel et son suppléant :

Le représentant du personnel et son suppléant sont choisis par et parmi les membres du CSE.

10) Le représentant du conseil de surveillance :

Le représentant du conseil de surveillance et son suppléant sont choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

11) Le responsable de la politique de la qualité :

Le responsable de la qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative. Il peut choisir de se faire représenter en cas d'empêchement.

12) La chargée des relations avec les usagers et les associations :

La chargée des relations avec les usagers et les associations est un invité permanent.

13) Les représentants des patients :

Un ou plusieurs représentants de patients peuvent assister aux séances de la commission des usagers sur invitation de la commission des usagers, sans voix délibérative.

Un représentant de patient est chargé d'une mission en faveur de la promotion des droits des usagers dans l'établissement. Les conditions nécessaires pour être nommé représentant de patients :

- appartenir à une association travaillant au bénéfice des patients
- recevoir un avis favorable de la Commission des usagers
- respecter le secret professionnel
- ne pas être un ancien professionnel de l'établissement
- être nommé par le représentant légal de l'établissement.

Après l'avis favorable de la commission des usagers et sa nomination, un représentant de patient est invité permanent à la Commission des usagers. Les fonctions de représentant de patient prennent fin à la même date que celle des représentants d'usagers. La décision de nomination mentionne les missions confiées aux représentants de patients.

Une même personne ne peut représenter plus d'une commission au sein de la présente instance.

1.2 Liste nominative des membres de la commission

Le Directeur arrête la liste nominative des membres de la commission. Celle-ci est actualisée et affichée dans l'établissement et transmise au Directeur de l'Agence Régionale de Santé. Dans le livret d'accueil, il est indiqué que la liste nominative de la commission des usagers est affichée dans les services.

1.3 Durée des mandats

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel est fixée à 3 ans, et est renouvelable. Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions aux titres desquels les intéressés ont été désignés.

Article 2 : Fonctionnement

2.1 : Convocation

La Commission se réunit sur convocation du Président. Les convocations sont adressées aux membres par courrier au moins 8 jours avant la date de la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à 1 jour franc.

Le président ne peut refuser de convoquer la commission si une demande écrite a été formulée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

Les suppléants sont convoqués aux réunions afin de leur assurer un niveau d'information et de formation leur permettant le jour venu, de suppléer le titulaire dans les meilleures conditions. Par contre, ils ne prennent pas part aux votes.

2.2 : Ordre du jour

A l'issue de chaque réunion de la Commission, un ordre du jour prévisionnel est déterminé par les membres de la Commission.

Les membres qui souhaitent qu'un thème soit abordé doivent en faire part par écrit au directeur, au plus tard 15 jours avant la réunion.

L'ordre du jour définitif est élaboré par le Président, après concertation avec le médiateur médical, le médiateur non médical, l'assistante chargée des relations avec les usagers et les 2 représentants des usagers.

L'ordre du jour définitif comporte notamment les questions dont l'inscription a été demandée par la moitié au moins des membres, ayant voix délibérative, est arrêté par le président.

2.3 : Organisations des séances

La commission se réunit au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises. (R. 1112-88 du Code de la Santé Publique)

En cas de dossiers « sensibles », la Commission des usagers peut se réunir sur convocation du Président, en formation restreinte (Directeur, médiateur médical, médiateur non médical, 2 représentants des usagers), pour une réunion de préparation avec les acteurs concernés, dans la perspective d'un entretien de médiation avec le plaignant.

La séance est de droit à la demande de la moitié des membres ayant voix délibérative.

Le secrétariat est assuré à la diligence du représentant légal de l'établissement (article R1112-89 Code de la santé publique).

2.4 Quorum

La Commission délibère valablement si la moitié au moins des membres ayant voix délibérative assiste à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulièrement faite, la majorité requise n'est pas atteinte, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 8 jours francs.

Dans ce cas, la commission siège valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

2.5 Assistance technique

Le président de la Commission peut se faire accompagner par les collaborateurs de son choix.

2.6 Experts

Le président de la Commission peut entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

2.7 Vote

2.7.1 Modalités de vote : La Commission émet des avis ou des recommandations à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret par au moins un membre ayant voix délibérative.

2.7.2 Membres participants au vote : Seuls les membres suivants ont voix délibérative :

- Le représentant de l'Etablissement
- Le médiateur médical
- Le médiateur non médical
- Les 2 représentants des usagers
- Le président de la CME ou son représentant
- Le représentant de la Commission en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Le représentant du personnel
- Le représentant du conseil de surveillance

2.7.3 En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

2.7.4 Le responsable qualité / gestionnaire de risques assiste aux séances de la commission avec voix consultative

2.8 : Procès-verbal de séance

Un compte-rendu de chaque séance est rédigé par la secrétaire de la Commission. Il est signé par le président et transmis aux membres de la Commission.

Ce compte-rendu est soumis à approbation lors de la séance suivante.

2.9 : Indemnisation

Les membres de la Commission sont indemnisés au titre des frais de déplacements engagés dans le cadre de leur mission.

2.10 : Remplacement provisoire d'un membre de la commission

Dans le cadre du traitement des plaintes et réclamations, si un membre de la Commission, autre que le Président est concerné par une plainte ou réclamation, il ne peut siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause. Le membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou réclamation est remplacé par son suppléant.

Dans le cas où le médiateur non médical et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le représentant légal de l'établissement.

Si une plainte ou réclamation concerne le médiateur médical et son suppléant, leur mission sera assurée par un praticien désigné par le président de la CME.

2.11 : Secret professionnel et incompatibilités :

Tous les membres de la Commission ainsi que toute personne participant régulièrement ou occasionnellement à la Commission sont astreintes au secret professionnel défini par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Le secret professionnel ne concerne pas seulement les informations strictement médicales (pathologie, résultats d'examen biologiques et radiographiques, diagnostic, traitement, intervention...). Il s'applique aussi aux données personnelles relatives à la vie privée de la personne malade (famille, profession, patrimoine...).

La commission peut avoir accès aux données médicales relatives aux plaintes et réclamations dont elle est saisie, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droits si elle est décédée.

Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné.

2.12 : Incompatibilité de fonction :

Article R.1112-91. du Code de la santé publique. Le médiateur médecin et son suppléant exercent dans des services différents de l'établissement. Les médiateurs ne peuvent pas participer à la commission lorsqu'ils sont directement concernés par une plainte ou réclamation

Une même personne ne peut assurer les missions de médiateur médical titulaire ou suppléant auprès de plus de 3 établissements simultanément.

Article 3 : Missions et compétences

La commission des usagers (CDU), est chargée de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge et de la qualité des soins des personnes malades et de leurs proches.

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

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

La commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Tout patient peut être entendu par la commission des usagers en contactant la personne chargée des relations avec les usagers.

3.2 Examen des Plaintes et Réclamations

L'examen des plaintes et réclamations est réalisé selon les dispositions des articles R 1112-91 à 94 du code de la santé publique.

Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement.

En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine.

Les réclamations les plus complexes sont présentées au sein de la commission des réclamations complexes, afin d'y apporter la réponse la plus adaptée pour le réclamant.

La commission réclamations complexes est composée de 6 membres : un représentant des usagers (un titulaire et un suppléant), un médiateur médical et non médical (un titulaire et un suppléant), le responsable médical de la direction qualité-risques, la chargée des usagers, le directeur en charge des relations usagers.

Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers

3.3. Procédure de médiation

Le représentant légal de l'établissement ou l'auteur de la plainte ou de la réclamation saisit le médiateur médecin lorsque ces dernières mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service, et le médiateur non médecin pour toutes les autres questions.

Si une plainte ou une réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

En application de l'Art. R 1112-93 du Code de la Santé Publique, le médiateur rencontre l'auteur de la plainte ou de la réclamation.

Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans les 8 jours suivant la saisine.

Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement.

Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Lorsque la saisine est à l'initiative du plaignant, le médiateur est saisi par lettre recommandée mentionnant notamment les coordonnées du plaignant, la date d'hospitalisation ou des soins en cause, l'exposé des griefs et les prétentions du plaignant.

Dans les 8 jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte-rendu au Président de la CDU, qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte-rendu, et après avoir rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation si elle le juge utile, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige, informe le plaignant quant aux voies de conciliation ou de recours dont il dispose, ou émet un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans un délai de 8 jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Ce courrier est également transmis aux membres de la commission.

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

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

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparée par la commission médicale d'établissement (CME), ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;

- Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;

- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;

- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers.

- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

- Une présentation des événements indésirables graves survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier, au moins une fois par an et chaque fois que nécessaire.

- Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

3.4.2 A partir notamment de ces informations, la commission :

- Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;

- Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;

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

- La commission contribue également, par ses avis et recommandations, à l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients et de leurs proches au sein de l'établissement.

3.4.3 La commission rend compte de ses analyses et propositions dans son rapport d'activité annuel:

- Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au Conseil de surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Le rapport est présenté à la commission, pour validation, avant sa transmission à l'agence régionale de santé (ARS) et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

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

« Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1112-3. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers.

Article 4 : Adoption du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur de la Commission des Usagers a été adopté par ses membres lors de la séance du 03 décembre 2025, sous la présidence de Madame Anne CONSTANTIN, Directrice du Centre Hospitalier de Châteaudun et Présidente de la Commission des Usagers.

Article 5 Modifications du règlement intérieur

Le règlement intérieur est obligatoirement révisé lorsque la promulgation d'un nouveau texte législatif ou réglementaire le nécessite. Le règlement peut aussi être modifié à tout moment sur proposition du président ou d'un tiers des membres.

Dans ce cas, le Président en assure la mise en œuvre et soumet les modifications à l'approbation de la Commission des Usagers.

Fait à Châteaudun,

Le 03 décembre 2025

La Directrice
du Centre Hospitalier de Châteaudun
Présidente de la Commission des Usagers

Anne Constantin

Les Représentants des Usagers,



Règlement Intérieur de la **CME**
Commission Médicale d'Établissement

Centre Hospitalier de Châteaudun

REGLEMENTATION

- Arrêté du 3 novembre 2005 fixant la procédure des élections aux commissions médicales des établissements publics de santé version en vigueur au 24 août 2021 ;
- Code de la santé publique et notamment les articles R. 6144-3 à R. 6144-5-1 et R. 6147-6 à R. 6147-7 ;
- Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la Commission Médicale d'Établissement (CME) dans les établissements publics de santé ;
- Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la CME et aux transformations des établissements publics de santé et à la Politique du médicament dans les établissements de santé.

Article 1 : Composition de la Commission médicale d'établissement

La Commission Médicale d'Établissement (CME) du centre hospitalier de Châteaudun est composée de représentants élus des différentes catégories professionnelles et affecté par collège d'affectation.

Les membres à élire sont au nombre de **16**. Ils sont répartis en **6** collèges d'électeurs et éligibles. Les chefs de pôles sont membres de droit.

- COLLEGE 1 : **6** chefs de pôles d'activités cliniques et médico-techniques.
- COLLEGE 2 : **4** représentants élus des responsables de structures internes, services et unités fonctionnelles.
- COLLEGE 3 : **4** représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement.
- COLLEGE 4 : **6** représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels (assistants, praticiens contractuels, praticiens attachés) ou exerçant à titre libéral de l'établissement.
- COLLEGE 5 : **1** représentant élu des sages-femmes.
- COLLEGE 6 : **1** représentant des internes.

Membres avec voix délibératives :

- **Collège n°1** : chefs de Pôles sont membres de droit.
- **Collège n°2** : responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles. Ce collège se compose de représentants des structures internes, services ou UF, il est décidé que les membres de ce collège seront de droit présent à la CME donc sans suppléance.
- **Collège n°3** : praticiens hospitaliers titulaires. Ce collège se compose des Praticiens Hospitaliers titulaires de l'établissement autre que ceux mentionnées au collège numéro 2.
- **Collège n°4** : personnels médicaux temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement. Il est précisé que le Médecin du Travail appartient au sous-groupe des Praticiens Contractuels.
- **Collège n°5** : sages-femmes. Ce collège peut se voir représenter par une des sages-femmes de l'établissement sachant qu'elles sont mises à disposition.

- **Collège n°6** : internes. Ce collège se compose d'un interne représentant les internes de médecine générale présents dans l'établissement, ce membre est renouvelé chaque semestre, nommé par le Président du Directoire en lien avec la Présidence de CME.

Représentants avec voix consultatives :

- Le Directeur du directoire ou son représentant
- Le président de la Commission des Soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Le praticien référent de l'information médicale
- Le représentant du CSE élu en son sein
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins mentionnés à l'article R.6111-4

Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

La commission médicale d'établissement peut désigner, en concertation avec le directeur de l'établissement, cinq invités représentant les partenaires extérieurs coopérant avec l'établissement dans la mise en œuvre d'action de santé publique. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la commission médicale.

Article 2 : Désignation des membres

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.

Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué lorsque les effectifs le permettent, étant précisé que les suppléants sont classés par nombre de voix obtenues dans chaque collège.

Les candidats inscrits sur la liste sont élus en tant que titulaires ou suppléants par ordre décroissants des voix.

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Toutefois, il est précisé qu'en raison de la taille de l'établissement, le Praticien responsable de l'Information Médicale et le praticien responsable de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène sont éligibles au titre des collèges avec voix délibérative, idem pour les Pharmaciens. Dans ce cas, la voix délibérative l'emporte sur la voix consultative l'emporte sur la voix consultative attachée à la fonction de l'établissement.

Pour être élu au premier tour de scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et en nombre de suffrage au moins égal au tiers du nombre d'électeurs inscrits. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants.

Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrage, le plus âgé est déclaré élu.

La convocation et l'organisation des élections incombent au directeur de l'établissement, il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale.

2.1 Conditions requises pour l'établissement des listes des électeurs et des éligibles

- Sont **électeurs**, l'ensemble des personnels des collèges susmentionnés en pages 1 et 2, en position d'activité ou de congés à la date de clôture définitive de la liste arrêtée par le Directeur et établie par discipline, groupe de disciplines ou catégorie.

Les Praticiens mis à disposition au Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou ou du Centre Hospitalier de la Loupe, à hauteur d'au moins 30% sont également électeurs.

Sont exclus les membres de droit (chefs de pôles).

- Sont **éligibles**, l'ensemble des personnels susvisés en position d'activité ou de congés à l'exclusion des personnels en congé de maladie depuis plus d'un an ou en position de congé parental à la date de clôture définitive de la liste électorale.

2.2 Dispositions diverses

- **Affichage simultanément des listes d'électeurs et d'éligibles** pendant huit jours, trente jours au moins avant la date fixée pour le scrutin.
- **Envoi des déclarations de candidatures** quinze jours au moins avant la date fixée pour le scrutin au Directeur de l'Etablissement.
- **Affichage immédiat de la liste des candidats par collège ou catégorie.**
- **Déroulement du scrutin :**
 - . Scrutin uninominal majoritaire à deux tours (le deuxième étant prévu une semaine après le 1^{er} tour) ;
 - . Admission du vote par correspondance (les bulletins de vote et les enveloppes sont mis à la disposition des électeurs par la Direction de l'Etablissement).
- **Etablissement d'un procès-verbal des opérations électorales** pour chaque tour de scrutin et affichage immédiat pendant six jours francs.

Article 3 : Mandat des membres

La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre (4) ans. Ce mandat est renouvelable.

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par un suppléant. L'absence momentanée d'un membre titulaire entraîne autant que possible son remplacement par un suppléant. Sont d'abord appelés à siéger dans l'ordre des voix obtenues, les suppléants élus au premier tour, puis dans l'ordre des voix obtenues les suppléants élus au second tour.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans des conditions prévues par le règlement intérieur de l'établissement. Dans ce cadre, des élections partielles sont organisées dans la mesure où le mandat général des membres de la CME restant à courir est supérieur à six mois.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

Article 4 : Présidence et vice-président de la CME

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires. Ces deux élections font l'objet de deux scrutins séparés et successifs.

Les candidatures à la Présidence de la Commission Médicale d'Établissement doivent être déclarées officiellement par courrier simple adressé au Directeur de l'Établissement au moins 15 jours avant la date fixée pour l'élection.

La compétence de Chef de Pôle est en principe incompatible avec la fonction de Président de CME, compte tenu des effectifs de l'établissement il y est fait exception à cette règle comme le permet la réglementation.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Établissement sont de 4 ans. Le mandat est renouvelable une seule fois. ***Toutefois, pour tenir compte des circonstances locales et dans l'intérêt du service, le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève l'établissement peut à titre exceptionnel, par arrêté motivé, autoriser l'élection à un troisième mandat.***

Un candidat non élu à la Présidence de la Commission Médicale d'Établissement a la possibilité de se déclarer en séance candidat à la Vice-présidence.

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

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du Président de la Commission Médicale d'Établissement, ses fonctions au sein de la Commission Médicale d'Établissement sont assumées par le Vice-président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau Président.

Article 5 : Fonctionnement

Le président de la commission médicale d'établissement veille au bon fonctionnement de la commission.

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission médicale d'établissement établit son règlement intérieur dans le respect de ses compétences. Elle y définit librement son organisation interne sous réserve des dispositions qui suivent.

La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour.

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts. L'ordre du jour peut être fixé par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé lorsque ce dernier a convoqué la commission.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur.

Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

L'établissement concourt au bon fonctionnement de la commission médicale d'établissement et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

Les séances de la Commission Médicale d'Établissement ne sont pas publiques.

Les membres de la Commission Médicale d'Établissement ne pouvant participer aux séances devront justifier leur absence (congé maladie et maternité, congrès, formation médicale continue ...).

Il appartient au titulaire empêché de contacter son suppléant pour siéger en séance.

Lors des délibérations relatives à l'élection du Président et du Vice-président, des Représentants de la CME au Conseil de Surveillance, au CTE, à la CSIRMT, la Commission se prononce au scrutin secret.

Pour les autres points, le vote a lieu à main levée sauf si un vote à bulletin secret est requis par un tiers au moins des membres présents ayant voix délibérative.

5.1. Validité des avis

Les avis émis par la Commission Médicale d'Établissement le sont valablement, lorsque plus de la moitié des membres sont présents lors des délibérations.

Lorsque, après une convocation régulière, ce quorum n'a pas été réuni, une deuxième convocation est faite à 8 jours d'intervalle. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Les avis de la Commission sont adoptés à la majorité relative des membres présents.

Sauf vote à scrutin secret, la voix du Président est prépondérante s'il y a partage égal des voix.

Par ailleurs, seuls peuvent prendre part aux votes les membres de la commission présents.

Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.

5.2. Communication des avis

Les avis et vœux de la Commission Médicale d'Établissement sont adressés au Directoire.

Le procès-verbal de chaque réunion de la Commission Médicale d'Établissement est soumis à l'approbation de l'assemblée lors de la réunion suivante.

Le Président assure l'information au corps médical, odontologique et pharmaceutique de l'établissement en lui communiquant par l'intermédiaire du secrétariat, dans un délai maximum de 1 mois, les conclusions et avis émis par la CME dans le cadre de ses attributions.

Représentant de la CME au sein des instances de l'établissement

- Le Directoire : Le Président de la Commission Médicale d'Établissement est Vice-Président du Directoire ;
- Le Conseil de surveillance : La Commission Médicale d'Établissement élit, en son sein, 1 membre, non membre du Directoire pour siéger au Conseil de Surveillance ;
- La Formation spécialisée de la Santé Sécurité et Conditions de travail (F3SCT) : la Commission Médicale d'Établissement élit, en son sein, 1 membre pour siéger au F3SCT ;
- Le Comité Social d'Établissement (CSE) ;
- La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) ;
- La Commission des Usagers (CDU) : le Président de la Commission Médicale d'Établissement est membre de droit ; il peut se faire représenter par le Praticien de son choix ;
- La Commission d'Activité Libérale : La Commission Médicale d'Établissement élit, en son sein, 2 membres effectuant une activité libérale et un membre n'en effectuant pas pour siéger à la Commission d'Activité Libérale ;
- La Commission de Formation Médicale Continue, de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles et de la documentation médicale ;
- Le Comité de coordination de la maîtrise des risques (COCORI) qui rassemble le Comité de Lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), le Comité de lutte contre la douleur (CLUD), le Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), et le Comité de Coordination des Vigilances Sanitaires et de Gestion des Risques (COVIRIS) ;

- Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) ;
- Le Conseil de Bloc Opérateur.

En dehors de sa représentativité auprès des instances susvisées, la Commission procède, de plus, à chacun de ses renouvellements, à la désignation de ses représentants auprès des commissions ou comités constitués au sein de l'Etablissement ci-après :

- La Commission du suivi du schéma directeur du système d'information ;
- Le Comité d'Ethique.

Article 6 : Adoption du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur de la Commission de Soins Infirmiers, de rééducation et Médico-Techniques est adopté à la majorité de ses membres le 2025.

Article 7 : Modification du règlement intérieur

Le règlement intérieur est obligatoirement révisé lorsque la promulgation d'un nouveau texte législatif ou réglementaire le nécessite. Dans ce cas, le Président assure la mise en œuvre et soumet les modifications à l'approbation de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

Le présent règlement peut également être révisé sur proposition du Président ou de la moitié au moins des membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques. Les modifications sont soumises à l'approbation de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques à la majorité de ses membres.



Règlement Intérieur de la **CSIRMT**
Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation
et Médico-Techniques

Centre Hospitalier de Châteaudun

REGLEMENTATION

- Code de la santé publique, article L.6146-11 à R.6146-16 Code de la santé publique, article R.6146-11 à R.6146-16 ;
- Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques dans les établissements publics de santé ;
- Règlement intérieur de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques dans les établissements publics de santé.

Article 1 : Composition

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) est composée de représentants élus des différentes catégories professionnelles qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Présidence :

La CSIRMT est présidée par le cadre supérieur de santé, chargé de la coordination générale des soins ; il peut désigner un Cadre de Santé afin d'assurer la présidence de l'instance en son absence.

Membres :

Cette commission comprend 30 membres élus + 30 membres suppléants élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

- ❖ 2 Représentants du collèges cadres de santé et faisant-fonction de cadres + 2 suppléants
- ❖ 12 Représentants du personnel infirmier, de rééducation et médico-technique
 - 9 représentants du personnel Infirmier D.E
 - 2 représentants du personnel médico-Technique
 - 1 représentants du personnel de Rééducation
- ❖ 16 Représentants collèges aides-soignants

La Directrice du Centre Hospitalier de Châteaudun, le Directeur(rice) des soins, le Directeur(rice) de l'IFSI/IFAS sont membres de droit.

Représentants avec voix consultatives :

- Le Directeur de l'établissement/Président du Directoire
- Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement
- Un représentant de la commission médical d'établissement
- Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale après tirage au sort,
- Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du Directeur de l'institut de formation ou de l'école.

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

Remplacement :

Remplacement ponctuel

Le titulaire momentanément empêché de siéger à une réunion informe rapidement le secrétariat de la Direction des Soins, qui se chargera de faire appel au suppléant.

Article 2 : Désignation

La date de l'élection est fixée par le directeur de l'établissement, un mois au moins avant, le directeur publie par voie d'affichage la date retenue, la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges.

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires, stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin relevant :

- Du groupe des cadres de santé et faisant-fonction,
- Du collège de la filière infirmière,
- Du collège de la filière aide-soignante,
- Du collège de la filière médico-technique,
- Du collège de la filière rééducation.

Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires.

La désignation des titulaires et suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre des voix obtenues.

L'élection fait l'objet d'un procès-verbal.

En raison du nombre important de candidats éligibles et électeurs dans l'ensemble des trois collèges au Centre hospitalier de Châteaudun et pour favoriser les votes en raison des contraintes liées aux horaires, le scrutin se déroule sur deux jours, le lundi et jeudi de la même semaine.

Article 3 : Mandat des membres

La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre (4) ans. Ce mandat est renouvelable.

Le président du Directoire arrête la liste des membres composant la commission.

Si un membre titulaire démissionne, il est remplacé par le suppléant du même collège qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein d'un même collège. Les suppléants ne siègent qu'en l'absence des membres titulaires.

Article 4 : Fonctionnement

❖ Fonctionnement :

Ce bureau est présidé par le Président de la CSIRMT, le mandat est fixé à quatre (4) ans. Ce bureau peut être convoqué par le Président de la CSIRMT avant chaque séance plénière de cette instance et avant chaque réunion du Conseil de Surveillance. Il peut être convoqué en réunion extraordinaire à l'initiative du Président ou sur demande formulée par la moitié au moins

de ses membres. Lors des réunions du bureau, le Président peut inviter temporairement toute personne, appartenant ou non à la Commission, susceptible d'aider le bureau dans la réalisation de sa mission.

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-technique se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président.

L'ordre du jour est fixé par le président. Il est adressé aux membres de la commission éventuellement accompagnée de pièces et de documents nécessaires à son examen, sept (7) jours avant la date de réunion de la commission.

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est faite à huit (8) jours d'intervalle.

L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Un compte-rendu est rédigé dans les quinze (15) jours suivant la réunion de la CSIRMT par son président. Ce compte rendu est adressé au président du directoire, aux membres de la commission et au président de la CME.

Le compte rendu de la séance est soumis pour approbation à la séance suivante. Le secrétariat est assuré par le président ou par un membre désigné de la commission.

Les membres participant à la commission sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle. Le président prépare un compte rendu annuel de l'activité de la commission.

❖ Le vote

Les membres invités ne prennent pas part au vote. Seuls les membres élus et de droit prennent part au vote.

Le vote a lieu à bulletin secret si au moins un des membres de la commission le demande.

Le vote par procuration est admis. A cet effet, le membre empêché procède à la désignation écrite du membre auquel il donne mandat, préalablement à la séance.

Le représentant, mandataire, ne peut recevoir plus de deux procurations à l'effet du même vote.

Le vote par correspondance n'est pas admis.

Article n° 5 : Missions

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est consulté pour avis sur :

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

La CSIRMT est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement,
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2,
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Article 4 : Adoption du règlement intérieur

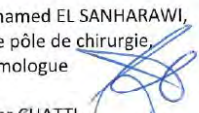






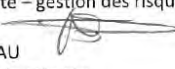


Le présent règlement intérieur de la Commission de Soins Infirmiers, de rééducation et Médico-Techniques est adopté à la majorité de ses membres le ;2025.

Article 5 : Modification du règlement intérieur

Le règlement intérieur est obligatoirement révisé lorsque la promulgation d'un nouveau texte législatif ou réglementaire le nécessite. Dans ce cas, le Président assure la mise en œuvre et soumet les modifications à l'approbation de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

Le présent règlement peut également être révisé sur proposition du Président ou de la moitié au moins des membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques. Les modifications sont soumises à l'approbation de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques à la majorité de ses membres.

CHARTE DE FONCTIONNEMENT DU BLOC OPERATOIRE DU CENTRE HOSPITALIER DE CHÂTEAUDUN

Rédacteur(s)	Relecteur(s)	Approbateur(s)
<p>Dr Mohamed EL SANHARAWI, Chef de pôle de chirurgie, ophtalmologue</p> 	<p>Dr Audrey LEHERLE Pharmacien hospitalier</p> 	<p>Mme Anne CONSTANTIN, Directrice Générale</p> 
<p>Dr Omar CHATTI Chef de bloc, médecin anesthésiste réanimateur</p> 	<p>Mme Nathalie ANSQUER, Cadre de santé imagerie médicale</p> 	<p>Dr Sid-Ahmed ROUIDI, Président de la CME</p> 
<p>M. El Houssain BOURASSE Coordinateur de bloc</p> 	<p>Mme Valérie LECERF-DELAMARE Ingénieur qualité – gestion des risques</p> 	<p>Mme Hélène MONNIER Vice-présidente de la CSMIRT</p> 
	<p>M. Eric UZUREAU Cadre de santé hygiéniste</p>  <p>po. XXXX (validé par mail)</p>	

Sommaire

I	Préambule.....	4
1)	Définition	4
2)	Textes de références.....	4
II	Présentation de la charte.....	4
1)	Objectif, contenu, structure et diffusion.....	4
2)	Modalités de rédaction, de mise à jour et de validation de la charte.....	5
III	Le bloc opératoire du CHC.....	5
1)	Le cadre de référence	5
2)	Les différentes étapes.....	6
3)	Les objectifs connexes	6
4)	Les principes organisationnels	7
a)	Ouverture des blocs opératoires.....	7
b)	Définition du contour de la vacation opératoire.....	7
c)	Les conditions d'ouverture de salles.....	8
d)	La planification.....	9
IV	Les principes de gouvernance	10
1)	L'assemblée générale.....	10
2)	Composition	10
3)	Missions et responsabilités.....	11
4)	Fonctionnement.....	11
5)	Les responsables du bloc opératoire.....	11
6)	La cellule de coordination	12
a)	Composition	12
b)	Fonctionnement.....	12
7)	La cellule de régulation	12
8)	Réunion du personnel « dialogue social »	13
9)	L'évaluation et suivi.....	13
a)	Gestion des événements indésirables.....	13
b)	Les indicateurs retenus pour mesurer l'efficacité de l'organisation en routine.....	13
c)	Les indicateurs complémentaires.....	13
d)	Les indicateurs qualité.....	14
V	Règlement intérieur du bloc opératoire et de la SSPI	14
1)	Tenue Vestimentaire	14
2)	Règles de fonctionnement collectif	14
3)	Les horaires de fonctionnement du bloc.....	14
4)	La planification des vacations opératoires.....	14
5)	Utilisation des plages vacantes.....	15
6)	Présence des praticiens.....	15
7)	Dysfonctionnement.....	15
8)	Vacances et absences programmées.....	16
9)	Attributions des salles.....	16
10)	Réduction de personnel.....	16
11)	Élaboration hebdomadaire du programme opératoire.....	16
12)	Annonce programmation d'intervention.....	16
13)	Validation du programme.....	17
14)	Ordonnancement du programme	17
15)	Réalisation des comptes rendus opératoires.....	18
16)	Cotation des actes.....	18
17)	Procédures et modalités d'entrée de déplacement et de sortie du personnel et des patients.....	18

18) La gestion des risques au bloc opératoire.....	18
19) Règles d'hygiène.....	19
20) Prévention du risque infectieux.....	19
a) Dispositions générales.....	19
b) Risques liés au patient.....	19
c) Risques liés à l'environnement.....	20
d) Risques liés aux personnels.....	20
e) Risques liés aux instruments et dispositifs médicaux re-stérilisables.....	21
f) Risques liés aux déchets.....	22
g) Risques liés au processus opératoire.....	22
21) Prévention des risques techniques.....	22
a) Electricité.....	22
b) Gaz médicaux et gaz à usage médical.....	23
c) Dispositifs médicaux.....	23
d) Radioprotection.....	24
22) Prévention des erreurs médicamenteuses.....	25
23) Prévention des risques priorités par la HAS.....	25
a) Erreur d'identité et de côté.....	25
b) Accès aux produits sanguins labiles en urgence.....	25
c) Prise en charge de l' « AIRWAY ».....	25
24) Surveillance environnementale.....	26
a) Air.....	26
b) Eau.....	26
c) Surfaces.....	26
25) Règles d'installation des patients.....	27
26) Règles de comportement.....	27
27) Utilisation du matériel.....	27
28) Vigilances.....	27
29) Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ».....	27
30) La formation professionnelle continue.....	28
31) Révision de la charte.....	28

La charte de bloc opératoire, qui régit les conditions de sécurité au bloc opératoire, représente un engagement de l'ensemble des intervenants autour du patient opéré. A ce titre, elle constitue une référence qui s'impose à tous.

Il est possible de rendre opposable la charte de bloc en lui donnant une valeur de règlement intérieur. Pour ce faire, elle doit être soumise pour avis aux instances de l'établissement et avoir fait l'objet d'une délibération au conseil d'administration. Ainsi la charte pourra figurer au Règlement Intérieur de l'établissement. L'intérêt de cette démarche est de rendre la charte opposable à tous les acteurs du bloc opératoire, qu'ils l'aient signé ou non. (source ANAP)

I Préambule

1) Définition

Dans un souci de garantir la sécurité des patients et en vue d'organiser de manière optimale le bloc opératoire, la mise en place de règles claires, précises et transparentes est incontournable.

L'ensemble des acteurs (médicaux, paramédicaux, administratifs) devra respecter l'ensemble de ces règles dans l'exercice de leurs fonctions.

La charte de fonctionnement du bloc opératoire s'inscrit dans une démarche qualité mise en place au Centre Hospitalier de Châteaudun (CHC).

Elle est soumise à l'approbation du conseil de bloc opératoire.

Elle repose sur un cadre réglementaire.

L'existence d'une charte de fonctionnement du bloc opératoire est une exigence de la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle comporte les règles communes destinées à l'ensemble des acteurs du bloc opératoire.

2) Textes de références

- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ;
- Décret n° 90-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;
- Arrêté du 12 novembre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;
- Circulaire du 15 décembre 1992 relative aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;
- Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du code de santé publique (J.O. du 15 janvier 1993) pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ;
- Décret 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique ;
- Décret n° 2018-934 du 29 octobre 2018 relatif à la surveillance post-interventionnelle et à la visite pré-anesthésique
- Décret du 28 août 1995 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- Les différentes recommandations ministérielles et des sociétés savantes (Société Française d'Anesthésie et Réanimation, HAS...)

II Présentation de la charte

1) Objectif, contenu, structure et diffusion

L'objectif de cette charte de bloc est d'établir, de manière consensuelle et contractuelle, les principes et les règles de fonctionnement du bloc opératoire du CHC, dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité et de l'efficacité économique autour des prestations réalisées.

Une attention particulière est portée à :

1. La prise en charge des patients en termes, de qualité des soins, de sécurité, dans des délais optimaux
2. La satisfaction professionnelle de l'ensemble des personnels

 <p><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 5 sur 28
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. L'innovation

4. L'amélioration de l'organisation et de la performance, en s'appuyant sur des indicateurs qui permettent de les mesurer.

L'organisation du bloc opératoire prend en compte :

- La demande chirurgicale et interventionnelle dans une logique :
 - D'amélioration des conditions d'activité pour les disciplines en fort développement
 - De promotion du développement pour les autres disciplines
 - De consolidation et de promotion de la place occupée par la chirurgie et l'anesthésie ambulatoires.
- Les objectifs stratégiques institutionnels sur l'évolution du produit chirurgical et des activités interventionnelles
- Les effectifs, l'organisation et les rythmes de travail des personnels paramédicaux
- Les ressources disponibles et les potentiels en moyens matériels et équipements
- Le recours à un ensemble de prestataires de services participant au bon fonctionnement de l'ensemble.

Les sites interventionnels du CHC regroupent l'ensemble des structures où sont réalisées des procédures invasives et/ou mini invasives dans un but diagnostique ou thérapeutique.

Ces procédures sont réalisées sous anesthésie générale, sédation ou anesthésie locale et locorégionale. Les règles générales de fonctionnement s'appliquent à tous les patients quel que soit l'acte pratiqué, lorsque l'équipe d'anesthésie est mobilisée.

La salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) est rattachée au fonctionnement du bloc opératoire. Dans le souci de garantir la sécurité des patients, d'organiser de manière optimale le bloc opératoire, la mise en place de règles claires, précises et transparentes est incontournable.

L'ensemble des acteurs (médicaux, paramédicaux, administratifs) doivent respecter ces règles dans l'exercice de leur art ou de leur métier

2) Modalités de rédaction, de mise à jour et de validation de la charte

La Charte est soumise à l'approbation du conseil de bloc, discutée et amendée si besoin lors de la réunion de l'assemblée générale. Elle est diffusée à l'ensemble des acteurs et des partenaires, dans le logiciel de GED ENNOV®. Rédigée et mise à jour collégialement, une fois par an, par le conseil de bloc opératoire, elle est présentée aux diverses instances de l'établissement dont la CME et la CSMIRT.

III Le bloc opératoire du CHC

1) Le cadre de référence

Le bloc opératoire est prestataire de service principalement de l'unité de chirurgie ambulatoire, la médecine interventionnelle et tous les autres services demandeurs. Au CHC, il se compose de 3 salles d'interventions et d'un SURGICUBE®.

Dans le cadre d'un partenariat contractualisé :

- Il a des objectifs propres fixés par la Direction Générale de l'établissement et par le Directoire.
- Il est en relation contractuelle avec ses prestataires :
 - L'unité de stérilisation

 <p><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 6 sur 28
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Le service de transport interne des patients
- Les services fournisseurs (pharmacie, magasin, service économat)
- Le service biomédical
- Le service informatique
- Le service technique.

2) Les différentes étapes

L'organisation du bloc opératoire procède à la mise en œuvre d'un processus caractérisé par la qualification très précise de chacune des étapes suivantes. Elle est encadrée par un dispositif de management solide et éclairé s'appuyant sur « OPROOM », système d'information métier.

- Planification

C'est la répartition hebdomadaire du « temps – espace » mis à disposition des opérateurs (TVO) ou équipe d'opérateurs, en fonction des besoins évalués sur la base de l'activité réalisée et du temps réel d'occupation des salles + un pourcentage de marge de manœuvre (5%) permettant de répondre aux objectifs stratégiques en matière d'évolution d'activité.

C'est la planification qui sert de cadre de programmation aux différents opérateurs, ou équipes d'opérateurs.

- La programmation

C'est le processus à suivre, de la prise de rendez-vous opératoire d'un patient jusqu'à la validation de son inscription sur le programme opératoire à J-8 de son intervention.

- La coordination

C'est le processus à suivre pour apporter des modifications au programme opératoire validé à J-8, pour la période entre J-8 et J-1. Il prend en compte la prise en charge des urgences.

- La régulation

C'est le processus relatif à la gestion de J0, visant à faciliter le déroulement du programme opératoire en optimisant l'utilisation des ressources et du temps. Il prend en compte la prise en charge des urgences.

- L'évaluation

C'est le processus qui permet de mesurer la performance globale du plateau technique :

- Qualité
- Sécurité
- Efficience

Elle s'appuie sur des objectifs de performance précis, des indicateurs et des tableaux de bord.

Elle donne des leviers décisionnels objectifs, à caractère opérationnel et stratégique, au conseil de bloc et à l'équipe d'encadrement pour engager les démarches d'amélioration continue de la performance globale.

3) Les objectifs connexes

Afin d'optimiser le fonctionnement des sites interventionnels et des ressources qui leurs sont affectées, la Direction de l'Etablissement et le conseil de bloc se sont accordés sur les objectifs suivants :

- Les professionnels paramédicaux sont recentrés sur leur « Coeur de Métier » :
Le maximum du temps IADE et IBODE est auprès des patients et des équipes opératoires.
- Une organisation des approvisionnements est mise en place.

 <p style="text-align: center;"><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	<p>Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1^{er} avril 2026 Page 7 sur 28</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- L'acheminement des patients est assuré par un dispositif de brancardage efficient (qualité, efficacité) aligné avec le temps de mise à disposition des salles interventionnelles.
- L'activité chirurgicale ambulatoire est organisée conformément à ses exigences propres :
 - Interventions programmées dans des créneaux horaires permettant de répondre aux critères de libération des patients.
 - Les patients répondent aux critères de prise en charge.
 - Le patient arrive au CHC au plus tard 30 min avant l'heure de son entrée en salle interventionnelle (15 minutes en cas de Fast-Tracking).
- Une pré admission a été faite par l'Unité d'Hospitalisation Ambulatoire (UHA).
- Pour les mêmes raisons, l'organisation des personnels paramédicaux de l'UHA permet une prise en charge des patients qui respecte l'heure de passage inscrite au programme opératoire.
- La planification s'appuie sur un TROS cible à 85% (Taux Réel d'occupation des salles).
- La programmation s'appuie sur un TOV cible à 85% (Taux d'occupation de la vacation).
- L'efficience s'appuie sur un TPPS cible à 85% (temps de présence des IBO/IADE en salle), hors temps dédié aux missions transversales.
- Le taux de débordement est inférieur ou égal à 5%.

Une organisation en cohérence et respectant les contrats de partenariat avec les prestataires seront évalués lors des revues de contrat annuelles.

4) Les principes organisationnels

a) Ouverture des blocs opératoires

Temps de mise à disposition des salles (TMD)

Il définit l'heure d'ouverture et fermeture des salles pour respecter le TVO (temps de vacation offert) contractualisé avec les opérateurs :

- L'heure d'arrivée des premiers personnels AS qui procèdent à la mise en condition des salles, se situe une heure avant l'heure d'entrée des premiers patients en salle.
- Les IADE et les IBODE arrivent 30 mn avant le début des programmes.
- L'heure de départ des personnels IADE et IBODE, se situe 15 mn après le départ du dernier patient programmé.
- L'heure de départ des personnels AS et ASH (stérilisation) est à 19h00.

Pour un TVO de 8h00, le TMD est de 11h30.

L'organisation du transport patient et le déroulement du programme opératoire sont coordonnés.

b) Définition du contour de la vacation opératoire

 <p><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 8 sur 28
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Afin de garantir aux opérateurs un espace-temps clairement dimensionné et adapté à l'activité, une vacation est définie comme suit :

Vacation normale = 04h00

TVO de 04h00 (matin) :

08h30 : 1^{er} patient en salle

12h30 : dernier patient sorti de salle

TVO de 04h00 (après-midi)

13h30 : 1^{er} patient en salle

17h30 : dernier patient sorti de salle

Le dimensionnement des vacations est conditionné par la mise à disposition de la SSPI.

Le nombre de vacations ouvertes ou substituées* est déterminé par :

- Le nombre d'intervenants présents
- Le nombre de médecins anesthésistes présents et leurs modalités de fonctionnement
- Le planning des présences et absences des intervenants et le signalement de leur remplacement en cas d'absence
- Le nombre d'IADE, IBODE, IDE présents.

(*substitution = plage mise à disposition d'une autre équipe lorsque laissée vacante par l'équipe titulaire)

Le démarrage d'une intervention en fin de journée quand on sait qu'elle va déborder du cadre de la vacation, est décidée d'un commun accord entre l'opérateur, le MAR, et le coordinateur de bloc.

Il s'agit d'aléas sur l'activité programmée entraînant un débordement pour le personnel.

Ces débordements seront suivis par un indicateur, analysés et traités en conseil de bloc.

Toute exception à ce principe de base, ne peut être que le fruit d'une négociation entre l'équipe chirurgicale demandeuse, le MAR référent, et le coordinateur en prenant en compte l'avis du personnel.

*Les cas particuliers

Les urgences chirurgicales quelle que soit la discipline seront prises en charge préférentiellement dans la salle affectée à la spécialité. Si celle-ci est occupée, dans la première salle disponible en interrompant le programme réglé. Le personnel compétent est mis à disposition.

c) Les conditions d'ouverture de salles

Un programme opératoire fiable

- Le programme opératoire est validé, disponible la veille à 12h00 et comporte à minima :

L'ordre de passage des patients arrêté en concertation tripartite (opérateur, MAR, coordinateur)

- Le nom du médecin anesthésiste affecté à chaque programme
- Le nom des IADE affectés à chaque programme
- Le nom des IBODE affectés à chaque programme
- Le type d'anesthésie
- Le nom, prénom, date de naissance du patient ainsi que son unité d'hospitalisation.

Ce programme est accessible au service UCA et UMA, via « OPROOM » afin que le processus d'admission et de préparation des patients respecte l'ordre de passage au bloc opératoire. Les unités de soins doivent quant à elles contacter la coordination du bloc opératoire pour connaître l'heure de passage de leurs patients.

Une affectation des ressources préétablies

Elle repose sur le paramétrage dans « OPROOM » d'un thésaurus des interventions et des conditions de leur réalisation pour faciliter la programmation opératoire.

 <p><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opératoire</i></p>	Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opératoire Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 9 sur 28
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Une organisation lisible de l'anesthésie

L'Anesthésie fonctionne sur le principe suivant :

1. MAR prend en charge 2 patients concomitamment dans 2 salles contiguës avec 1 IADE dans chaque salle.
(Sauf certaines procédures et/ou état du patient signalé lors de la programmation.)

Le respect de l'heure de démarrage des programmes

L'alignement des plannings des personnels (MAR, Internes, IADE, IBODE, fonctions support) correspond aux vacances offertes selon les principes suivants :

L'équipe est au complet pour accueillir le patient

1. le bio nettoyage, effectué par les AS du bloc, arrive en premier pour appliquer la procédure d'ouverture des salles
2. les IADE et les IBODE arrivent en même temps pour procéder à la mise en conformité de la salle
3. le MAR arrive 15 min après l'IADE
4. le patient entre en salle à l'heure prévue de début de la vacation, c'est-à-dire 08h30 le matin, 13h30 l'après-midi.
5. l'opérateur arrive à l'heure du début de vacation.

d) La planification

Les principes d'affectation des salles

L'affectation des salles correspond aux nécessités techniques d'une spécialité donnée. Elle ne constitue pas un droit de propriété.

Elle repose sur :

1. Le niveau de technicité et la classe de l'intervention
 - Environnement technique adapté
 - Ordre de passage des patients du non contaminé au plus contaminé
 - Respect rigoureux des bonnes pratiques d'hygiène et de prévention des risques en salle d'opération
 - En cas d'intervention septique, un nettoyage approfondi de la salle + un temps de repos sont mis en œuvre.
2. D'autres priorités sont prises en compte telles que celles liées à une contrainte chirurgicale ou à un risque anesthésique spécifique.
 - Ces derniers sont signalés par les chirurgiens et/ou les MAR lors de la consultation.

Les vacations opératoires

Les vacations définissent le cadre de programmation de chaque spécialité et/ou opérateur.

La définition du TVO repose sur une analyse semestrielle en conseil de bloc (plus si nécessaire) et des orientations de la Direction Générale.

- De l'activité de chaque discipline et /ou praticien
- Du Taux Réel d'Occupation des Salles
- Du Taux d'occupation de la vacation
- Du Temps de Présence des Personnels en salle.

Les vacations sont ajustées en tenant compte :

- De la prospective liée au projet médical
- Des absences prévisibles des praticiens
- Des facteurs limitants (effectifs paramédicaux, effectif MAR, nombre de salles adaptées, équipements).

Le processus et les règles de programmation sont uniques pour l'ensemble des activités utilisant les ressources de l'anesthésie et du bloc opératoire.

La mise en œuvre de la procédure s'appuie sur un système d'information « métier » paramétré en conséquence :

 <p><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 10 sur 28
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

« OPROOM »

La programmation :

La programmation est le résultat d'une gestion de l'information qui se fait au fil de l'eau, sur la base des rendez-vous opératoires pris par les chirurgiens selon des règles préétablies.

C'est la cellule de coordination qui propose le programme prévisionnel hebdomadaire. La cellule de régulation en assure la coordination au jour le jour et contrôle la régulation à J0.

La coordination (de J-8 à J-1)

Les patients sont gérés en temps réel par la cellule de coordination.

Après analyse du délai tolérable et des conditions de faisabilité avec l'opérateur et l'anesthésiste concernés, une date et une heure sont arrêtées et le patient est inscrit au programme correspondant.

Tous les jours, avant 12h00, le programme du lendemain est réajusté et diffusé :

- Vérification des critères d'accès au bloc pour le patient
- Rectification des affectations de salles et des ressources
- Rectification des ordres de passage
- Vérification de la mise à disposition des dispositifs médicaux (DM), dispositifs médicaux implantables (DMI) et dispositifs médicaux stérilisables (DMS).

La régulation (J0)

Le coordinateur gère l'ensemble des opérations visant au bon déroulement du programme opératoire :

- Organiser la prise en charge des patients non connus et des urgences
- Faire respecter l'heure de démarrage
- Déclencher l'acheminement des patients vers le bloc
- Veiller aux enchaînements sans rupture de charge
- Réajuster les affectations de salle, si opportun
- Réajuster l'ordonnancement du programme opératoire en cas de dysfonctionnement avéré sur le parc d'instrumentation
- Organiser les pauses repas en concertation avec les équipes
- Participer à la validation du programme à J-1.

IV Les principes de gouvernance

1) L'assemblée générale

Elle réunit, une fois par an, l'ensemble des professionnels du bloc opératoire et les représentants des fonctions logistiques afférentes (les responsables du brancardage, stérilisation, UHA).

Elle permet au conseil de bloc de présenter les résultats de fonctionnement aux acteurs concernés, en termes de performance globale, de points forts et de points à améliorer ainsi que les actions prévues à cet effet.

Cette démarche d'information formelle a pour but d'impliquer davantage les professionnels.

2) Composition

Le conseil de bloc est composé de membres de droit et de membres élus.

Membres de droit :

- Les médecins responsables du bloc opératoire désignés par la Direction Générale
- Le chef de pôle
- Le coordinateur de bloc

 <p style="text-align: center;"><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opératoire</i></p>	<p>Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opératoire Applicable le : 1^{er} avril 2026 Page 11 sur 28</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Un représentant de la Direction Générale

Membres élus pour une durée de 3 ans :

- Un médecin anesthésiste réanimateur
- Un représentant de la médecine interventionnelle
- Un représentant IADE
- Un représentant IBODE ou IBO ou IDE
- Un représentant IDE de la SSPI
- Un représentant IDE de la médecine interventionnelle
- Un représentant AS ou ASH.

Des invités peuvent être présents en fonction de l'ordre du jour.

3) Missions et responsabilités

- Il élabore, fait évoluer et évalue le respect de la charte de bloc
- Il élabore, fait évoluer et évalue le respect des procédures (planification, programmation, régulation)
- Il évalue la performance globale du bloc
- Il analyse les indicateurs de performance produits par le Département d'Information Médicale (DIM)
- Il analyse les plans d'actions correctives et les résultats mis en œuvre (PAQSS)
- Il propose des ajustements et/ou de nouvelles orientations en matière d'organisation, de planification et de réduction des facteurs limitants
- Il participe à la gestion des dysfonctionnements, risques et conflits ayant une incidence stratégique
- Il valide les évolutions organisationnelles et les besoins proposés
- Il fixe les nouveaux objectifs, élabore des plans d'actions et participe à l'élaboration du plan annuel d'investissements.

4) Fonctionnement

Il se réunit une fois par trimestre selon un calendrier préétabli.

- Il est présidé par le coordinateur de bloc.
 - Le renouvellement des membres élus est conforme à la circulaire n° DH/FH/N°2000-264 du 19 mai 2000.
- Les réunions des conseils, en fonction de l'ordre du jour, seront élargies aux personnes concernées par les problématiques portées à l'ordre du jour (pharmacien, biomédical...).
- L'ordre du jour de la réunion suivante est :
 - Préétabli à la fin de chaque réunion en fonction du tableau de suivi des actions,
 - Alimenté par les événements et/ou demandes de la période qui suit
 - Finalisé et communiqué aux membres du conseil par le coordinateur de bloc une semaine à 5 jours avant.
 - Un compte rendu avec tableau de suivi des décisions prises est diffusé dans les 7 jours qui suivent à tous les intervenants médicaux et paramédicaux du bloc opératoire.

5) Les responsables du bloc opératoire

La responsabilité du bloc opératoire est exercée conjointement par un chirurgien, un médecin anesthésiste-réanimateur et le coordinateur de bloc. Ceci implique la nécessaire entente de ce trinôme pour appliquer les orientations fixées par l'assemblée générale, sur la base des directives émanant de la Direction Générale de l'établissement.

Les médecins responsables délèguent cette responsabilité au coordinateur, qui lui, gère le bloc au quotidien.

 <p><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 12 sur 28
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ils sont désignés par la Direction Générale.

Missions et responsabilités

- Ils assurent le lien institutionnel et les relations avec la Direction Générale
- Ils assurent la coordination générale du bon fonctionnement du bloc opératoire et l'harmonisation des organisations et des pratiques
- Ils veillent au respect des règles et procédures
- Ils sont sollicités en cas de difficultés majeures au bloc
- Ils sont garants de la performance globale du bloc
- Ils veillent à la bonne utilisation des ressources humaines et matérielles allouées au bloc
- Ils animent le conseil de bloc et l'assemblée générale
- Ils élaborent le rapport annuel d'activité.

A cette fin, ils s'appuient sur des indicateurs de mesure de la performance globale des blocs opératoires. Ils s'engagent à communiquer trimestriellement sur ces indicateurs lors du conseil de bloc.

6) La cellule de coordination

a) Composition

- Le coordinateur de bloc
- Les responsables médicaux du bloc ou leur représentant
- Un représentant du service pharmacie
- Le cadre du service UHA

Missions et responsabilités

- Elle valide la programmation :
 - Elle valide les programmes prévisionnels J-8 anticipés sur « OPROOM »
 - Elle procède aux substitutions lorsque les vacances ne sont pas remplies
 - Elle analyse le niveau de charge pour S-2 et S-3 et décide des substitutions.
- Elle prend des décisions quant aux facteurs limitants sur la période de référence (entre deux réunions du conseil de bloc) et gère les dysfonctionnements
- Elle arbitre les conflits au jour le jour sur la période de référence
- Elle est habilitée à convoquer une réunion extraordinaire du conseil en cas de situation critique

b) Fonctionnement

Elle se réunit tous les jeudis à partir de 11H45 pour réguler les éventuelles problématiques.

7) La cellule de régulation

Le coordinateur en appui d'un chirurgien ou MAR membre du conseil de bloc opératoire et présent ce jour-là assurent la régulation du bloc opératoire.

8) Réunion du personnel « dialogue social »

Le coordinateur et/ou responsables médicaux organisent et animent des réunions régulières avec le personnel. Ces réunions permettent d'échanger avec les personnels sur des pratiques, des nouveautés au sein du bloc opératoire... et favoriser le dialogue social entre les différents acteurs. Elles ont lieu trimestriellement, le vendredi du mois concerné, préférentiellement en fin de journée selon le programme opératoire. Un ordre du jour est établi et diffusé une semaine avant la réunion.

9) L'évaluation et suivi

a) Gestion des événements indésirables

Toute anomalie ou dysfonctionnement venant altérer, la qualité et la sécurité des soins pour les patients, les conditions d'exercice des personnels médicaux et paramédicaux, et la performance globale du secteur, fait l'objet d'une déclaration par l'intermédiaire de ENNOV® qui est analysée par le service qualité et présentée en conseil de bloc. Le conseil prend les décisions d'actions correctives et/ou préventives à mettre en œuvre pour régler le dysfonctionnement.

1. En cas de dommage lié aux soins survenu au bloc opératoire, l'information du patient sur les circonstances et les causes du dommage est délivrée par l'opérateur et/ou l'anesthésiste ayant assuré les soins, dans le cadre d'un entretien individuel, et tracée dans le dossier médical.
2. Le rapport nombre d'évènements indésirables (EI) déclarés/nombre d'interventions est un indicateur suivi par le bureau du conseil de bloc mensuellement pour l'ensemble du bloc et par secteur.
3. Un Comité de Retour d'Expérience (CREX) est mis en place, se réunit 3 fois par an pour analyser les thèmes principaux retenus par les membres du groupe.

b) Les indicateurs retenus pour mesurer l'efficacité de l'organisation en routine

- Le TMD = Temps de Mise à Disposition par jour, par semaine et par chirurgien
- Le TROS intervention = Temps réel d'occupation de salle par intervention
- Le TROS chirurgien = Temps réel d'occupation de salle par chirurgien
- Le TROS spécialité = Taux réel d'occupation des salles par spécialité
- Le TPPS = Temps de présence des IBODE et IADE en salle
- Le taux de débordement = écart entre l'heure de sortie des derniers patients par rapport à l'heure de sortie prévue du dernier patient pour une activité programmée
- Le nombre d'heures supplémentaires
- Le Taux de programmation à S-1, J-1, J0

c) Les indicateurs complémentaires

- Le taux de prise en charge en hospitalisation complète
- Le taux de prise en charge en ambulatoire
- Le taux d'annulation
- L'heure moyenne de démarrage du programme opératoire
- Le nombre et la nature des événements indésirables ayant entraîné une rupture de charge dans le déroulement du programme opératoire
- Le rapport TOV (taux d'occupation de la vacation) / recettes T2A générées

d) Les indicateurs qualité

- Le taux de remplissage de la check-list
- Le taux d'infection du site opératoire
- Le taux de reprises précoces
- Les délais de RDV
- Le taux de déprogrammation (annulation, reports...)
- Nombre d'évènements indésirables/nombre d'interventions

V Règlement intérieur du bloc opératoire et de la SSPI

1) Tenue Vestimentaire

Le port de la tenue civile est strictement interdit dans l'enceinte du bloc où seule la tenue de bloc (pyjama bleu, coiffe, sabots dédiés ou sur chaussures) est autorisée. Celle-ci est interdite en dehors du bloc. Aucune exception (autorité, urgence...) n'est tolérée. Le masque chirurgical est systématiquement porté dans les salles d'opération selon les bonnes pratiques.

L'habillage chirurgical (casaque et gants stériles) est revêtu par les opérateurs et instrumentistes et/ou aide opératoire après désinfection chirurgicale des mains. Il est éliminé en fin d'intervention en salle d'opération.

Les procédures d'habillage et de lavage des mains sont disponibles sur ENNOV®

2) Règles de fonctionnement collectif

L'attention et l'écoute des patients, le respect de leur pudeur, la courtoisie et le secret professionnel doivent être observés par tous. Au sein des salles d'opération, le personnel limite les mouvements et respecte le huis clos opératoire. Les entrées et sorties de la salle de détente du personnel sont réglementées et les règles d'hygiène doivent y être respectées : tenue civile interdite, port d'une sur-blouse en cas de manipulation de denrées alimentaires, respect de la bonne tenue et de la propreté, etc.

3) Les horaires de fonctionnement du bloc

Le bloc opératoire est ouvert du lundi au vendredi de 07h30 à 19h00.

Tout doit être mis en œuvre pour que le programme opératoire commence effectivement à 08h30.

Le personnel paramédical IADE/IBODE arrive à 08h00.

Les médecins anesthésistes réanimateurs concernés doivent être présents à 08h15 dans le bloc opératoire.

Le patient arrive à l'heure déterminée par la cellule de coordination.

Le matériel nécessaire à la chirurgie a été préparé la veille pour chaque salle (nécessité de remplir par le chirurgien très précisément la rubrique « matériel » de la demande d'intervention).

Le chirurgien et/ou l'assistant arrivent à 08h30 en salle : l'installation du patient, le badigeon, la mise en place des champs stériles sont réalisés par l'instrumentiste et/ou l'aide-opératoire, et/ou le chirurgien.

Le réveil du patient est réalisé préférentiellement en SSPI, par du personnel qualifié sauf si le MAR responsable de la prise en charge estime préférable pour le patient de réaliser le réveil en salle d'intervention.

Le respect des horaires définis dans la présente charte concerne l'ensemble des acteurs. Une mesure des écarts par rapport aux règles fait l'objet d'un rapport transmis régulièrement au conseil de bloc qui prendra les mesures correctrices qui s'imposent.

4) La planification des vacances opératoires

 <p style="text-align: center;"><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	<p>Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1^{er} avril 2026 Page 15 sur 28</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les vacances sont attribuées par spécialité en fonction des besoins pour réaliser leurs activités chirurgicales. Le volume global des vacances est défini mensuellement par le conseil de bloc en fonction des ressources prévisibles en personnel (chirurgiens, MAR, IADE, IBODE, IDE de SSPI, AS, ASH), et de la disponibilité des infrastructures et matériels.

La répartition des vacances entre les différentes spécialités s'appuie sur l'établissement d'un ratio propre à chacune, dont le calcul fait appel aux données historiques du bloc opératoire, pondérées par un score représentatif des caractéristiques de chaque spécialité.

Cette répartition est révisable chaque semestre, en fonction du remplissage des plages, des fluctuations prévisionnelles en personnel, du désidérata de chaque spécialité. Cette révision est proposée par le conseil de bloc et discutée puis validée en assemblée générale.

Le calendrier hebdomadaire des vacances pour chaque spécialité est établi également en assemblée générale. Les vacances constituent un temps utile incompressible garanti aux spécialités ; en retour, le respect de ce temps est exigé, ce qui impose d'être à l'heure, de s'interdire tout dépassement, de prévenir à l'avance les annulations et de programmer les absences.

Les vacances d'une journée vont de 08h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30 (heure de fin d'intervention). Elles nécessitent une organisation rigoureuse des intervalles entre les malades. La durée des intervalles entre la sortie d'un patient et l'entrée du suivant doit être inférieure à 7 min en ophtalmologie et endoscopie et inférieure à 15 min pour les autres spécialités, selon le temps nécessaire au bio nettoyage.

Afin de respecter l'heure prévue de fin de programme l'appel du dernier patient ne sera fait que si la plage restante est compatible avec la durée prévisible de l'intervention. En cas de litige, la cellule de régulation arbitrera l'entrée du dernier patient en salle.

Le praticien doit rester entièrement disponible pour la réalisation de son programme opératoire. Il doit s'efforcer de participer au déroulement le plus rapide du programme opératoire. La ponctualité du chirurgien est impérative et ne pourra pas être différée pour consultations, cours, ou autres raisons personnelles sauf cas exceptionnels.

Bien entendu toute latitude est laissée à chaque service pour désigner un opérateur de son choix pour honorer la vacation chirurgicale à l'heure définie.

5) Utilisation des plages vacantes

Il est admis qu'une plage opératoire laissée vacante à S-1 par un opérateur soit mise à la disposition générale en fonction de l'organisation arrêtée par le coordinateur de bloc et des besoins du bloc.

6) Présence des praticiens

En cas d'empêchement majeur, il est impératif que le chirurgien ou l'anesthésiste prévienne le bloc opératoire. Tout retard non motivé occasionne un dysfonctionnement.

7) Dysfonctionnement

Le non-respect de ces procédures fera systématiquement l'objet d'une fiche d'évènement indésirable sur ENNOV®. Tout évènement indésirable récurrent sera à l'ordre du jour d'une réunion avec l'ensemble des intéressés.

 <p style="text-align: center;"><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 16 sur 28
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8) Vacances et absences programmées

Chaque intervenant au bloc opératoire doit faire connaître la planification de ses absences prévues au minimum avec un délai préalable d'un mois pour une absence inférieure à 8 jours et de quatre mois pour une absence prolongée supérieure à 8 jours.

L'absence d'information sur les dates d'absence constitue un dysfonctionnement.

Les périodes de fermeture du bloc sont décidées et validées en conseil de bloc et communiquées à l'ensemble des personnels dès la diffusion du compte-rendu.

9) Attributions des salles

L'attribution des salles correspond à la discipline chirurgicale pratiquée, aux nécessités techniques d'une intervention donnée. Elle ne constitue pas un droit de propriété et peut, en fonction des nécessités du programme, être temporairement dévolue à une intervention d'une autre spécialité compatible avec le risque infectieux et le niveau d'équipement et d'urgence, pour la prise en charge optimum du patient.

En cas de litige ponctuel concernant les locaux, les horaires, l'ordre des interventions, l'affectation du personnel en salle, le coordinateur de bloc opératoire a autorité pour trancher et résoudre le litige dans l'urgence, dans le seul but de la prise en charge sécurisée du patient.

En cas de litige ponctuel non urgent, les médecins responsables du bloc opératoire ont autorité pour trancher et résoudre le litige.

10) Réduction de personnel

Il est admis que la réduction temporaire de moyens en personnel, locaux ou matériels, soit prise en compte par les opérateurs et intégrée dans les critères de définitions des plages disponibles pour l'activité opératoire.

La diminution en nombre des ressources en personnel si elle est durable (congé maternité, congés parental, congé de longue durée pour maladie...) fera l'objet d'une demande de vacataire ou d'intérimaire afin de maintenir la capacité opérationnelle du bloc, sauf à avoir une ressource suffisante en personnels capable d'absorber ces impondérables.

11) Élaboration hebdomadaire du programme opératoire

Le programme a pour objectif de planifier, sur une semaine, puis d'ordonner au jour le jour, l'activité opératoire et les horaires prévisionnels des interventions, en urgence ou planifiée.

La cellule de coordination est responsable de l'élaboration hebdomadaire du programme opératoire et la cellule de régulation de son ordonnancement journalier.

La programmation comporte plusieurs processus :

- L'annonce d'intervention émanant du praticien opérateur ou de son secrétariat
- La validation du programme hebdomadaire par la cellule de coordination du bloc opératoire
- L'ordonnancement prévisionnel des interventions dans la journée
- L'analyse de la programmation réalisée

12) Annonce programmation d'intervention

 <p><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 17 sur 28
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

L'utilisation de l'outil « OPROOM » est obligatoire pour la programmation opératoire. L'ensemble des items doivent être renseignés.

Lors de la consultation d'anesthésie préopératoire, l'anesthésiste complète les données concernant sa spécialité et confirme l'acceptation de l'intervention, ou son refus temporaire ou définitif, en concertation avec le chirurgien.

Ces informations sont transmises à l'issue de la consultation à la coordination du bloc opératoire.

En ce qui concerne les urgences celles-ci devront faire l'objet d'une « demande OPROOM » après concertation entre le chirurgien, le MAR et le coordinateur du bloc.

13) Validation du programme

L'ensemble des annonces d'intervention de chaque spécialité, pour une semaine donnée, constitue la proposition de programme opératoire.

La cellule de coordination est chargée de la validation de ce programme opératoire en obéissant à certaines règles :

- Toutes les informations concernant les annonces d'intervention doivent être renseignées.
- La somme des durées prévisionnelles d'intervention (TROS) d'un jour considéré ne doit pas excéder la durée de la vacation offerte à la spécialité.

La cellule de coordination peut refuser une proposition d'intervention si ces deux règles ne sont pas respectées.

Toute proposition d'intervention transmise à la cellule de coordination avant le mercredi et remplissant les conditions d'acceptation sera systématiquement intégrée au programme opératoire.

Le travail de programmation de la cellule de coordination commence le mercredi à 17h00 pour être finalisée le jeudi à 12h30.

Toute proposition d'intervention transmise entre le jeudi et la veille de l'intervention 17h00 est soumise à l'autorisation du coordinateur de bloc opératoire sans garantie d'acceptation. Celle-ci dépend des capacités de ressources disponibles.

Toute modification du programme opératoire devra donc être signalée la veille avant 17h00.

Toute vacation non utilisée et non optimisée la veille à 12h00 (programme opératoire inscrit inférieur ou égal à 75%) sera mise à disposition de la cellule de coordination pour redistribution en fonction des demandes.

Le programme opératoire est visible en lecture dans OPROOM.

14) Ordonnancement du programme

La fonction d'ordonnancement des interventions consiste à optimiser l'adéquation entre les moyens humains et matériels et l'activité programmée ou d'urgence compte tenu d'un volume d'aléas attendus.

C'est la cellule de coordination du bloc qui détermine l'affectation et l'ordre des salles aux vacations des spécialités et l'ordre des interventions en fonction :

- Des impératifs médicaux
- Du service d'origine du patient
- Du respect des règles d'asepsie
- De la disponibilité des salles
- De la disponibilité du matériel
- De la disponibilité des DMS
- Des manipulateurs en radiologie

 <p style="text-align: center;"><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	<p>Référencement : GC/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1^{er} avril 2026 Page 18 sur 28</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ce travail est effectué à J-1 avant 12H00 avec un suivi le jour J par le coordinateur du bloc opératoire.
Il est admis la possibilité d'insérer une intervention non programmée dans l'activité programmée si le temps de vacation le permet et sous couvert de la validation du coordinateur de bloc.

15) Réalisation des comptes rendus opératoires

Les comptes rendus opératoires sont dictés après chaque intervention par l'opérateur, sur cassette ou bien, sur le PC équipé de la dictée numérique lorsque celui-ci sera disponible. Conformément aux recommandations de la HAS, ils doivent être remis au patient dès sa sortie de l'établissement. Le secrétariat de l'UHA est chargé de leurs saisies.

16) Cotation des actes

Les praticiens, qu'ils soient chirurgiens ou anesthésistes, doivent saisir les actes réalisés à l'issue de chaque intervention. Dès que cette fonctionnalité sera disponible sur OPROOM, son utilisation deviendra la règle.

17) Procédures et modalités d'entrée de déplacement et de sortie du personnel et des patients

L'accès au bloc est réglementé. Seules les personnes autorisées pourront entrer dans le bloc opératoire. Les personnes non habilitées doivent se présenter au coordinateur qui validera leur entrée ou non au bloc opératoire.
L'entrée se fait uniquement par le vestiaire en tenue blanche, ce qui exclut totalement la tenue civile.

Le lavage des mains est systématique avant l'entrée au bloc.

Les déplacements à l'intérieur du bloc se font dans la tenue suivante :

- tunique dans le pantalon
- port de la cagoule (aucun cheveu à l'extérieur)
- le port du masque est obligatoire en salle d'opération, à changer toutes les deux heures et quelle que soit la qualification de la personne.
- port de sabot dédié au bloc (ou de sur chaussures pour les visiteurs).

Pendant le déroulement des interventions, mais également en dehors des interventions, les portes des salles d'opération doivent être fermées.

Les déplacements doivent être limités au strict nécessaire.

Le nombre de personnes présentes lors de l'intervention est régulé.

Règles d'accès des patients :

Le patient est habillé au préalable grâce au kit d'habillement du bloc opératoire (casaque, slip, charlotte, sur-chaussure à UU) et muni d'un bracelet d'indentification. La pudeur du patient doit être une priorité.

L'absence de vernis, prothèse, maquillage et bijoux doit être strictement respectée.

Les opérés sont à jeun, avec leur dossier médical complet. Le service dont dépend le patient est responsable de sa préparation préopératoire.

18) La gestion des risques au bloc opératoire

La gestion des risques au bloc opératoire est une priorité et fait l'objet d'une création de différents groupes de travail, sous l'égide du responsable de la qualité et de la gestion des risques au bloc opératoire.

19) Règles d'hygiène

Tous les acteurs intervenants au bloc opératoire sont tenus de respecter les règles d'hygiène faisant l'objet de protocoles actualisés et validés.

La tenue bleue est spécifique au bloc opératoire.

Il est admis par tous que la prévention des complications infectieuses constitue la base des comportements, de la tenue et de l'organisation du travail.

Le conseil de bloc doit recevoir toutes les informations concernant les infections associées aux soins liées à l'activité du bloc opératoire.

Toute infection du site opératoire (ISO) doit faire l'objet d'une déclaration d'événement indésirable. Une analyse des causes est ensuite réalisée.

Matériel coupant et piquant : chaque intervenant (CHIR, MAR, IADE, IBODE, AS) utilisant des matériels perforants est responsable de son évacuation en toute sécurité.

20) Prévention du risque infectieux

a) Dispositions générales

Les dispositions concernant l'hygiène doivent être en conformité avec les recommandations en vigueur, validées par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). Elles concernent le patient, les professionnels, les personnels en formation, les visiteurs, les équipements, les locaux et l'environnement. Elles doivent être portées à la connaissance des utilisateurs qui s'engagent à les respecter dans leur pratique au quotidien.

Les chefs de service et l'encadrement de bloc opératoire sont garants de l'hygiène au bloc opératoire. L'IBODE/IBO de la salle d'opération a autorité pour faire respecter les règles d'hygiène par tous les intervenants. Tout manquement au respect des règles d'hygiène fera l'objet d'un signalement.

b) Risques liés au patient

La détection des facteurs de risques infectieux est effectuée lors des consultations médicales (chirurgicale et anesthésique) : infection intercurrente en cours de traitement, appréciation de l'hygiène bucco-dentaire, détection des patients porteurs de bactéries multi résistantes (BMR), questionnaire tracé et actualisé d'évaluation du risque lié aux ATNC, dûment renseigné préalablement.

En cas de patient suspect ou atteint d'EST, l'information est tracée dans le dossier. Elle est prise en compte au moment de la validation du programme opératoire hebdomadaire et en fonction du type de chirurgie, les mesures réglementaires concernant le matériel sont mises en œuvre. L'EOH est prévenue, ainsi que le responsable de la stérilisation.

L'équilibre diabétique, la préparation respiratoire des BPCO, l'incitation au sevrage tabagique font partie des éléments qui permettent de limiter le risque infectieux opératoire, tous ces éléments sont pris en compte lors de la consultation d'anesthésie et tracés dans le dossier médical.

Tout patient accueilli au bloc opératoire doit avoir une préparation préopératoire conforme aux recommandations du CLIN, réalisée dans l'unité de soins puis en salle d'intervention et faisant l'objet d'une traçabilité. Toute non-conformité à ce protocole est relevée, tracée et analysée.

Les consignes concernant la douche de la veille sont données au patient en cas de prise en charge ambulatoire lors des consultations préopératoires, car elle est réalisée à domicile.

 <p style="text-align: center;"><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	Référencement : GC/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 20 sur 28
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A l'accueil, il est nécessaire de s'assurer de la bonne tolérance de la préparation colique avant l'endoscopie digestive.

La dépilation de la zone opératoire est protocolée. Sa vérification dès l'admission du patient dans l'unité de soins est nécessaire.

Au départ de l'unité, le patient opéré est revêtu d'une tenue vestimentaire spécifique. Les prothèses amovibles, bijoux, vernis, faux ongles et piercings sont retirés.

A l'arrivée au bloc opératoire, la réalité de la préparation du malade est vérifiée ainsi que le respect des consignes de jeûne. Une friction à la solution hydroalcoolique est réalisée par le patient à son arrivée et à son départ du bloc opératoire.

c) Risques liés à l'environnement

Le bloc est conçu sur un modèle de circuit marche en avant avec asepsie progressive et au moins deux douanes : une douane vestiaire-patient-décartonnage et une 2ème douane qui donne accès à un regroupement des salles d'opération sanctuarisé. Les lavages de main chirurgicaux ou une désinfection chirurgicale avec un Produit Hydro Alcoolique PHA se font après la 2ème douane. Le port du masque est obligatoire à ce niveau pour tous les personnels. La zone de détente est isolée entre la 1ère et la 2ème douane dans les plans actuels du bloc.

Le traitement de l'air est conforme avec renouvellement d'air et surpression (>15 KPa) dans les salles d'opération ainsi que le maintien d'une température comprise entre 19° et 26°C, et d'une hygrométrie entre 45% et 65%.

Les salles du bloc répondent aux normes ISO7 ou ISO5, avec filtration, surpression et renouvellement horaire de 25 à 30 volumes/heure (ISO7) ou 50 volumes /heure (ISO5). Le contrôle des paramètres aérauliques est réalisé au moins une fois par an. Un carnet sanitaire de chaque salle est tenu par les services techniques.

L'eau pour le lavage chirurgical des mains est bactériologiquement maîtrisée par microfiltration au point d'usage (à l'aide d'un filtre à usage unique). Le suivi de la qualité de l'eau est réalisé tous les trimestres. Les opérations de maintenance sont décrites dans le règlement intérieur.

Le bionettoyage des locaux est tracé et fait l'objet de procédures écrites. Le bionettoyage des salles d'interventions concerne les surfaces hautes, le mobilier et équipements (table opératoire, respirateur, tables ...) et le sol. Cet entretien est réalisé : en début de journée opératoire (essuyage humide des surfaces planes et balayage humide du sol), entre 2 interventions, en fin de journée opératoire, et en programmé pour un nettoyage approfondi. Les chariots, tables, brancards et/ou fauteuils entrant dans le bloc opératoire doivent systématiquement faire l'objet d'un nettoyage des roues à la vapeur avant leur accès dans l'enceinte du bloc.

Après le bionettoyage de la salle d'opération, son accès doit être limité et s'effectuer qu'après port de tenue réglementaire et friction hydro alcoolique des mains afin de préserver la qualité de l'environnement.

Une salle d'opération ne peut être ouverte que si les paramètres d'hygiène hospitalière sont validés par l'IBODE/IBO responsable de la salle.

d) Risques liés aux personnels

L'entrée du personnel et des visiteurs au bloc opératoire se fait par le vestiaire. Toute personne devant se rendre au bloc opératoire, devra effectuer une friction hydro alcoolique ou un lavage des mains, se dévêtir et se vêtir de la tenue réglementaire, c'est à dire : tenue de bloc opératoire, sur chaussures ou sabots de bloc opératoire, coiffe à usage unique recouvrant intégralement la chevelure, retrait complet des bijoux, piercings, vernis et faux ongles, montres, bracelets, y compris alliances. Le port du masque correctement positionné et couvrant le nez et la bouche est obligatoire en salle d'opération.

 <p style="text-align: center;"><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	<p>Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1^{er} avril 2026 Page 21 sur 28</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Le port de la tenue de couleur bleue au bloc opératoire est limité exclusivement à cette enceinte. De façon exceptionnelle, dans le cadre de la gestion d'une urgence vitale par exemple, la même tenue est autorisée à l'extérieur du bloc, à condition que tout retour au bloc opératoire entraîne un changement automatique de tenue.

Un code couleur différent (tenue blanche) régit les déplacements hors du bloc opératoire pour d'autres activités hospitalières vers d'autres services.

Une tenue de ville est requise pour les déplacements vers le restaurant du personnel et hors de l'hôpital.

La tenue chirurgicale stérile (casaque opératoire, gants) est mise et retirée dans la même salle d'opération.

Une désinfection chirurgicale des mains par friction ou à défaut un lavage chirurgical des mains est réalisé par les opérateurs avant l'acte chirurgical et renouvelé avant toute autre intervention chirurgicale selon le protocole d'hygiène des mains validé par l'EOH et porté à la connaissance des utilisateurs.

La circulation dans le bloc opératoire et le circuit d'accès aux salles d'opération sont strictement respectés. Les déplacements entre les salles d'opération et au sein des salles d'opération sont strictement limités.

La présence en salle d'opération est limitée aux personnes nécessaires à l'intervention.

Cependant, la présence de visiteurs en nombre restreint peut-être tolérée pour des besoins de formation après concertation entre le coordinateur et le chirurgien responsable de l'intervention.

La prévention des Accidents Exposant au Sang (AES) est organisée pour les patients et l'équipe soignante. Chaque membre de l'équipe opératoire doit participer à l'application des précautions « standard » et s'engage à respecter les procédures définies. Le protocole relatif à la conduite à tenir après A.E.S. doit être affiché, respecté, et porté à la connaissance de chaque membre de l'équipe opératoire.

Il est recommandé à l'équipe opératoire de porter des lunettes de protection ou masques à visière, et de changer de gants toutes les heures, pour un même patient.

La vaccination antigrippale des personnels du bloc opératoire est recommandée et fait l'objet de campagnes d'information annuelles menées par l'EOH et la Santé au Travail.

Le respect de ces principes fait l'objet d'audits réguliers menés par l'EOH et la Santé au Travail (SISTEL).

e) Risques liés aux instruments et dispositifs médicaux re-stérilisables

L'activité de stérilisation hospitalière est sous-traitée par l'Hôpital de Chartres. Cette activité est décrite dans une convention. Elle définit les responsabilités de chaque acteur. L'activité de pré-désinfection est sous la responsabilité du chef du bloc opératoire du CHC. La pré-désinfection doit être conforme à la procédure. Elle doit être tracée. Un exemplaire de cette traçabilité est envoyé à Chartres avec les instruments. Les règles de conservation, de stockage et de contrôle avant utilisation sont conformes aux Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière (2001).

Des audits périodiques de contrôle sont effectués par l'EOH en lien avec le coordinateur de bloc. Le fonctionnement de cette unité conditionne la disponibilité de l'instrumentation chirurgicale.

A la fin de l'intervention, les instruments à restériliser seront triés, ouverts, puis immergés rapidement dans un bain de détergent-désinfectant, si le DMR est immergeable. Dans le cas d'instruments non-immergeables, le DMR est essuyé avec un linge propre, imprégné de la solution de pré-traitement et laissé en contact jusqu'à son arrivée dans l'unité de prés-désinfection. Selon le DMR et l'évaluation du risque ATNC, le DMR sera pré-désinfecté manuellement ou mécaniquement en laveur-désinfecteur.

Une fois pré-désinfectés et nettoyés, les instruments chirurgicaux sont comptés, vérifiés, rassemblés dans leur boîte en respectant la composition préétablie. Ils sont préparés pour être acheminés dans des conditions conformes à la réglementation et accompagnés des documents réglementaires et de liaison définis.

 <p><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	Référencement : GC/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 22 sur 28
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La désinfection des endoscopes utilisés au bloc opératoire, fait l'objet d'un traitement spécifique, par différentes équipes, dans des locaux adaptés.

Les dispositifs médicaux stériles sont maintenus dans leur état dans des arsenaux à l'intérieur de l'enceinte du bloc entre la 1^{ère} douane et la 2^{ème} douane. Une vérification de l'intégrité du conditionnement et de la date de péremption est réalisée avant chaque utilisation.

Concernant, les dispositifs médicaux implantables, l'enregistrement par l'outil informatique de leur implantation assure une traçabilité permettant d'identifier le patient, le produit (dénomination, numéro de série ou de lot, nom du fabricant ou de son mandataire), la date d'implantation et l'opérateur qui a réalisé l'implantation. Cette traçabilité est visible dans le dossier informatisé du patient. Ces informations sont transmises au patient.

f) Risques liés aux déchets

Le tri est réalisé au niveau de la salle d'opération. Il permet de distinguer les DASRI (déchets d'activité de soins à risque infectieux) qui sont représentés par les dispositifs médicaux et linge à usage unique souillé, les objets piquants, coupants, dans leur boîte spécifique, les DAOM (déchets assimilés aux ordures ménagères), et les pièces anatomiques humaines.

Des emballages correspondent à chaque catégorie triée distingués par des conditionnements et des codes couleurs différents que précise le règlement intérieur.

Il existe au sein du bloc opératoire un local de stockage intermédiaire.

Les procédures sont décrites et accessibles. Elles sont régulièrement révisées.

g) Risques liés au processus opératoire

L'antibioprophylaxie est protocolée avec un accès à l'information dans chaque salle d'opération. Elle est conforme aux recommandations de la SFAR ou des sociétés savantes des spécialités.

Les recommandations du respect des règles d'hygiène en anesthésie sont appliquées selon les recommandations de la SFAR : utilisation des solutions hydro alcooliques, utilisation large de matériel à usage unique en particulier au niveau des voies aériennes (lame de laryngoscope, masque laryngé, circuit du respirateur, masque facial), utilisation d'un filtre antibactérien changé pour tous les patients, changement de seringue après chaque patient, sans aucune réutilisation d'une seringue remplie pour un 2^{ème} patient.

Après dépilation dans le service, la zone opératoire fait l'objet d'une phase de désinfection par l'aide opératoire puis par l'opérateur en salle d'intervention selon les protocoles validés.

Le sondage urinaire, l'intubation, la mise en place de cathéters veineux et artériel, les ponctions péri-médullaires sont des gestes protocolés quant à l'environnement et matériel nécessaires pour la prévention des risques infectieux.

21) Prévention des risques techniques

a) Electricité

Les salles d'opérations sont munies de prises électriques en nombre suffisant. Les prises se situent pour partie sur le bras technique d'anesthésie et pour partie sur le tableau technique mural. L'ensemble des dispositifs médicaux utilisés pour l'anesthésie dispose d'une alimentation électrique reliée à une alimentation de secours.

Un certain nombre de dispositifs médicaux sont pourvus d'une batterie de secours, comme les seringues électriques, les pompes perfusions, les scopes.

Les bistouris électriques, phacoémulsificateurs, microscopes, colonnes d'imagerie vidéo d'endoscopies, sont branchés et vérifiés à l'ouverture des salles puis lors de la check-list. Ces dispositifs sont branchés sur des prises sécurisées.

Le matériel informatique est conforme aux instructions du CLIN, en particulier s'agissant des systèmes de refroidissement et les claviers.

b) Gaz médicaux et gaz à usage médical

Les gaz médicaux sont des médicaments ou des dispositifs médicaux sous la responsabilité du pharmacien du site hospitalier.

L'oxygène, le vide et l'air médical sont distribués en réseau à l'aide du système de distribution des gaz médicaux (prises au niveau des bras techniques). Le secours en gaz pour le bloc opératoire (oxygène, vide et air) est disponible sur un deuxième jeu de prises murales identifiées. Selon l'activité du bloc opératoire et les techniques en place, on peut disposer d'autres gaz médicaux (DM) : dioxyde de carbone pour l'endoscopie, du protoxyde d'azote cryo pour l'ophtalmologie par exemple.

Un obus d'oxygène est disponible dans chaque salle d'opération intégrée à la station d'anesthésie. La pression des gaz est affichée sur chaque station d'anesthésie.

Toutes les stations d'anesthésie intègrent la mesure en continue de la FIO2 des gaz inhalés. Il existe sur toutes les stations d'anesthésie un système d'évacuation des gaz anesthésiants.

Un contrôle de mesures de concentration résiduelle de gaz anesthésiques est régulièrement réalisé. Ces contrôles sont réalisés et tracés par les services techniques dans leur plan de maintenance.

c) Dispositifs médicaux

L'ensemble des dispositifs médicaux sont soumis aux règles de matériovigilance.

- Equipement

Le règlement intérieur liste les dispositifs médicaux critiques du bloc opératoire tant pour l'équipement d'anesthésie que pour les dispositifs chirurgicaux comme le bistouri électrique, les colonnes d'imagerie vidéo, les tables d'opération.

La fonctionnalité de ces dispositifs est vérifiée selon les recommandations réglementaires et les instructions des fabricants : lors de la 1ère mise en service, après intervention de dépannage, avant l'utilisation sur un patient. Ces vérifications sont réalisées à l'ouverture des salles d'opération et tracées. Les équipements de la SSPI sont soumis à la même procédure.

Les opérations de maintenance sont organisées selon une périodicité détaillée selon les différents dispositifs, et sont tracées par les services techniques et le biomédical.

Les périodes de fermeture de bloc sont propices à la maintenance des bistouris électriques, respirateurs, tables d'opération.

- Dispositifs médicaux re stérilisables (DMR)

Avant toute acquisition de DMR, le pharmacien responsable est informé afin que les documents du fabricant soient vérifiés concernant leur retraitement et compatibilité pour la stérilisation et que les recommandations soient mises en place (par exemple, lubrification).

- Dispositifs médicaux implantables (DMI)

La traçabilité sanitaire des DMI est obligatoire et réglementaire. Elle doit permettre d'identifier rapidement les patients pour lesquels les dispositifs d'un lot ont été utilisés. Cette traçabilité s'effectue informatiquement sans ressaisie via le logiciel OPROOM.

- DM en prêt ou dépôt (ancillaires et implants)

Le bloc opératoire fournit les contenants permettant d'y disposer le matériel en prêt ou en dépôt pour les opérations de stérilisation et n'ayant pas servi à leur transport, conformément à la réglementation.

Les dépôts sont régis par une convention établie entre le fournisseur et l'établissement de santé, en lien avec le pharmacien. Elle définit les responsabilités et obligations de chaque partie. La convention précise également les responsabilités en cas de perte, détérioration ou dépassement de la date d'expiration des DMI concernés.

En plus de la convention de dépôt, une convention de prêt peut être signée avec le fournisseur régissant les dispositifs pouvant être mis à disposition gratuitement (exemple les ancillaires).

Tous les DMI gérés en dépôt, qu'il soit permanent ou temporaire, doivent faire l'objet d'un enregistrement informatique dans le système d'information de l'établissement.

Tout dépôt-vente est soumis à au moins un inventaire annuel réalisé avec le bloc, la PUI et le fournisseur.

d) Radioprotection

Les mesures ci-après concernent tant les actes radioguidés invasifs diagnostics que les actes chirurgicaux utilisant des rayonnements ionisants en per opératoire.

La cellule de radioprotection désigne une personne compétente en radioprotection dont les missions sont définies dans le code du travail. Au sein du centre hospitalier de Châteaudun, il s'agit de la société ALARA : ALARA EXPERTISE, 7 Allée de l'Europe 67960 Strasbourg – Entzheim, 03.69.09.21.30.

Il est procédé, dans le cadre de l'évaluation des risques, à une analyse des postes de travail.

L'évaluation des risques permet également de délimiter une zone surveillée et/ou une zone contrôlée autour de la source, précisée dans le règlement intérieur.

Zone surveillée : lorsque les travailleurs sont susceptibles de recevoir, dans les conditions normales de travail une dose efficace dépassant 1 mSv par an ou une dose équivalente dépassant 1/10 de l'une des limites fixées par l'art. R231-76.

Zone contrôlée : lorsque les travailleurs sont susceptibles de recevoir, dans les conditions normales de travail une dose efficace dépassant 6 mSv par an ou une dose équivalente dépassant 3/10 de l'une des limites fixées par l'art. R231-76. Son accès est réservé aux travailleurs ayant reçu de la part du CHC une notice rappelant les risques particuliers au poste, les règles de sécurité, les instructions à suivre en cas de situation accidentelle (art. R231-90).

A l'intérieur des zones, un affichage signalant les risques de rayonnements ionisants doit être remis à jour périodiquement (art. 231-82).

Il est procédé au classement en catégorie A ou B des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants.

Catégorie A : les travailleurs sont susceptibles de recevoir, dans les conditions normales de travail une dose efficace dépassant 6 mSv par an ou une dose équivalente dépassant 3/10 de l'une des limites fixées par l'art. R231-76. Son accès est réservé aux travailleurs ayant reçu de la part de l'employeur une notice rappelant les risques particuliers au poste, les règles de sécurité, les instructions à suivre en cas de situation accidentelle (art. R231-82).

Catégories B : les travailleurs exposés aux rayonnements ionisants ne relevant pas de la catégorie A sont classés en catégorie B. Les professionnels du bloc opératoire du centre hospitalier de Châteaudun sont classés dans cette catégorie.

Un suivi médical des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants est organisé, et les mesures de protection collective - et individuelle- adaptées à la nature de l'exposition sont précisées.

Chaque travailleur intervenant en zone surveillée fait l'objet de mesures individuelles de l'exposition externe à l'aide d'une dosimétrie passive et, le cas échéant, des mesures permettant d'évaluer l'exposition interne.

Chaque travailleur intervenant en zone contrôlée fait l'objet d'un suivi par dosimétrie passive et d'une dosimétrie opérationnelle à porter sur la poitrine sous le tablier plombé et, si besoin, des mesures permettant d'évaluer

 <p><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 25 sur 28
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

l'exposition interne. Les doses sont à reporter dans le fichier classeur prévu à cet effet. Les éléments de protection individuelle (tablier plombé, cache-tyroïde) sont mis à disposition des professionnels dans le service.

Il est procédé à un contrôle technique de radioprotection des appareils émetteurs de rayonnements ionisants, des dispositifs de protection et d'alarme, des instruments de mesure utilisés ainsi que des ambiances de travail, selon la réglementation en vigueur. Une copie de l'inventaire actualisé des appareils émettant des rayonnements ionisants utilisés ou stockés dans l'établissement est transmise à l'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire.

Dans le but de sensibiliser les travailleurs aux risques des rayonnements ionisants, la formation de ceux opérant en zone réglementée est organisée. Cette formation est renouvelée au moins tous les 3 ans.

Tout événement indésirable dans le domaine de la radioprotection susceptible de porter atteinte à la santé des personnes par exposition aux rayonnements ionisants est l'objet d'une déclaration par l'outil institutionnel ENNOV® puis à l'Autorité de Sécurité Nucléaire.

22) Prévention des erreurs médicamenteuses

Des mesures sont mises en place à chaque étape du circuit du médicament pour prévenir les erreurs médicamenteuses. Celles-ci reprennent les recommandations de la SFAR- SFPC « prévenir les erreurs médicamenteuses en anesthésie réanimation » et les procédures de l'établissement portant sur la sécurisation du circuit du médicament. Les équipes sont formées sur les risques d'erreurs médicamenteuses.

Une liste restreinte et régulièrement révisée des médicaments disponibles au bloc opératoire est éditée et diffusée. Le stockage et l'agencement des médicaments de chaque salle d'opération sont identiques. Une standardisation des dilutions des médicaments est protocolée (concentration, solvant, vitesse d'administration). Chaque médicament reconstitué et dilué est étiqueté en utilisant le code couleur de la norme ISO26825 avec mention de la concentration.

L'alimentation des médicaments dans les tiroirs est organisée par les IADE et uniforme entre les salles. Un tableau de péremption des médicaments est disponible.

23) Prévention des risques priorités par la HAS

a) Erreur d'identité et de côté

Le contrôle d'identité (nom patronymique et marital, prénom et date de naissance), et le cas échéant du côté à opérer, se fait à l'accueil au bloc opératoire, par le personnel paramédical qui fait décliner au patient son identité, le côté à opérer le cas échéant, en vérifiant que ces informations sont conformes à celles accessibles par le bracelet du patient et le dossier de soins qui l'accompagne. Un deuxième contrôle est effectué à l'arrivée en salle d'opération, par le personnel médical et paramédical présent en salle à voix haute et intelligible.

A l'arrivée du patient en salle d'opération, l'ensemble des étiquettes préétablies est contrôlé avec le bracelet.

L'étiquetage de tous les prélèvements à visée d'analyse anatomopathologique ou biologique, est contrôlé à haute voix par le personnel paramédical et médical présent en salle.

b) Accès aux produits sanguins labiles en urgence

Les procédures de commande des produits sanguins labiles sont protocolées. Le système repose sur une commande par CURSUS, outil informatique institutionnel .

c) Prise en charge de l' « AIRWAY »

Le risque d'intubation oro-trachéale difficile est systématiquement recherché et mentionné dans le dossier

 <p><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 26 sur 28
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

d'anesthésie du patient. En sa présence, un algorithme conforme aux recommandations de la SFAR est édité, disponible, connu et appliqué. Il fait mention des besoins en endoscope et autre matériel dédié disponible dans le bloc opératoire.

Les critères prédictifs d'une ventilation au masque difficile sont également recherchés et mentionnés dans le dossier patient (IMC supérieur à 26, édentation, ronflements, barbe, protrusion mandibulaire limitée).

Le risque d'estomac plein est également mentionné pour limiter la possibilité d'inhalation bronchique, et la réalisation d'une induction à séquence rapide est proposée.

L'évaluation est faite selon les recommandations actuelles de la SFAR avec recherche des trois critères minimums recommandés (ouverture de bouche, Mallampati, DTM). Les risques particuliers liés au cancer (adénopathie cervicale, radiothérapie cervicale, lésion ORL...) sont également mentionnés.

L'état bucco-dentaire est également spécifié, et le risque de traumatisme dentaire est mentionné.

24) Surveillance environnementale

a) Air

Il existe une surpression devant aller en décroissant, de la salle d'opération vers la zone d'entrée.

Le maintien de la surpression nécessite la fermeture permanente de portes critiques, ce qui est vérifié régulièrement par audit.

Les appareils non spécifiquement conçus pour un usage en bloc opératoire qui nécessiteraient d'être installés en salle d'opération (ex : ordinateurs) peuvent donner lieu à un avis de l'EOH.

L'installation fait l'objet d'entretiens et de contrôles réguliers, effectués par un organisme agréé et indépendant, et dont la fréquence est précisée par le biomédical.

Des prélèvements bactériologiques de l'air sont réalisés trimestriellement, un seuil d'alerte et une conduite à tenir en cas de résultats non satisfaisants sont déterminés par l'EOH.

Des prélèvements ponctuels sont réalisés en complément en cas de travaux impactant le bloc opératoire.

Il est fortement recommandé d'impliquer et de réunir avant tout début de travaux les représentants des services techniques, du bloc opératoire, de l'EOH.

b) Eau

Elle doit satisfaire aux critères d'une « eau propre destinée à des soins standards ».

Des critères non respectés impliquent le recours à des traitements supplémentaires, chimiques ou physiques, pour obtenir une eau bactériologiquement maîtrisée.

La désinfection du matériel thermosensible « critique » se fait exclusivement à l'eau stérile embouteillée.

Des prélèvements sont effectués selon une fréquence trimestrielle, avec des techniques et des lieux de prélèvements établis selon les recommandations en vigueur.

Les résultats sont communiqués au chef de bloc pour diffusion au coordinateur et agents concernés, et mise en place d'éventuelles actions correctrices.

c) Surfaces

Le nettoyage de surface des locaux est identifié selon la zone du bloc opératoire et le type de nettoyage, tracé et fait l'objet de procédures écrites, comme décrit ci-dessus.

Ces prélèvements sont effectués en cas de travaux concernant le bloc opératoire ou en cas de problèmes épidémiques.

 <p style="text-align: center;"><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opératoire</i></p>	<p>Référencement : GQ/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opératoire Applicable le : 1^{er} avril 2026 Page 27 sur 28</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ces prélèvements sont réalisés selon le protocole de l'EOH.

La périodicité est définie par l'EOH, de même que les techniques et les zones à prélever.

Les résultats sont communiqués au chef de bloc pour diffusion au coordinateur et agents concernés, et mise en place d'éventuelles actions correctrices. Ils sont archivés par le secrétariat du bloc opératoire.

25) Règles d'installation des patients

L'installation du patient est sous la responsabilité du chirurgien et du MAR qui doivent y participer et la vérifier dans tous les cas.

26) Règles de comportement

Les acteurs du bloc opératoire sont invités à adopter une attitude respectueuse et courtoise entre eux. La discrétion doit être de mise dans les faits et gestes afin de favoriser une ambiance sereine indispensable au bon fonctionnement du bloc opératoire contribuant au bien-être du patient.

La collaboration et la communication entre MAR et chirurgiens sont un gage de qualité de prise en charge du patient.

Les acteurs observent les règles de confidentialité, de secret professionnel, dans le respect de l'intimité du patient.

27) Utilisation du matériel

Nous disposons d'un plateau technique couteux. A ce titre, il est demandé à chaque acteur et utilisateur d'y porter une attention toute particulière afin d'éviter des dépenses inutiles liées à la casse ou la perte des différents dispositifs.

L'utilisation de matériel hors marché doit être limitée au strict nécessaire. L'essentiel des achats doit faire l'objet de procédures de marché public.

Ces demandes doivent être exprimées suffisamment à l'avance afin de permettre au bloc opératoire d'en organiser la commande, la réception et la préparation.

28) Vigilances

Le secteur opératoire est identifié comme un secteur à risques, les procédures et recommandations relatives à :

- Identitovigilance
- Radioprotection
- Matériovigilance
- Hémovigilance
- Pharmacovigilance
- Sécurité anesthésie
- Hygiène
- Biovigilance
- Sécurité incendie

sont connues et respectées de tous.

29) Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »

 <p><i>Charte de fonctionnement du Bloc Opérateur</i></p>	Référencement : GC/ORG-BO/RI 001/CDSBO N° version : 05 Validé par : Dr CHATTI, Chef de Bloc Opérateur Applicable le : 1 ^{er} avril 2026 Page 28 sur 28
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

L'utilisation de la check-list est une obligation réglementaire qui concerne tous les acteurs du bloc opératoire. Elle est basée sur la vérification croisée partagée entre membres de l'équipe avec la participation du patient à ces vérifications dans la mesure du possible. Cette utilisation doit être conforme aux recommandations de l'HAS.

Le patient est prévenu préalablement de la démarche par les personnels des secteurs d'hospitalisation ou du bloc opératoire, avant l'entrée en salle d'opération. S'il est en état de comprendre, le patient doit participer aux vérifications, notamment pour l'identité, l'intervention, le site opératoire.

Le coordonnateur de la check-list est identifié : il peut s'agir d'un médecin ou d'un personnel paramédical.

A chaque temps (avant l'induction anesthésique, avant l'intervention chirurgicale, avant la sortie de salle), chaque acteur du bloc procède aux vérifications qui le concernent à haute et intelligible voix ; le coordonnateur coche les items sur le support électronique intégré au dossier patient. En cas d'indisponibilité, une procédure dégradée-papier est utilisée, dont la traçabilité dans le dossier patient est assurée.

Les évènements indésirables sont identifiés et signalés via ENNOV®.

Une évaluation formative de l'utilisation de la check-list au bloc opératoire est effectuée une fois par an par le service qualité, dont les résultats sont utilisés sur chaque site pour développer des solutions locales d'amélioration adaptées aux spécificités de l'établissement.

Les résultats de l'évaluation quantitative du renseignement de la check-list (nombre de Check-List remplies par rapport au nombre d'interventions réalisées ; nombre de CL complètement remplies par rapport au nombre de CL remplies ; du taux d'exhaustivité du renseignement des items 7 et 8) sont recueillis. Ils constituent les indicateurs de suivi de la check list retenus pour figurer dans le rapport annuel d'activité produit par le conseil de bloc.

30) La formation professionnelle continue

La formation professionnelle continue, fait l'objet, dans l'institution d'une procédure réglementée. Toute demande de formation s'inscrit dans un projet professionnel. Il doit être exprimé lors des entretiens de formation, faire l'objet d'une demande auprès de la Commission de Formation et être validée par l'encadrement, ou la chefferie de Pôle.

Cette formation revêt un caractère obligatoire pour tous.

Les formations relatives aux matériels, produits médicamenteux et techniques utilisés au bloc opératoire font partie de la formation continue. A ce titre et afin d'entretenir et développer les compétences professionnelles, ces formations sont une priorité.

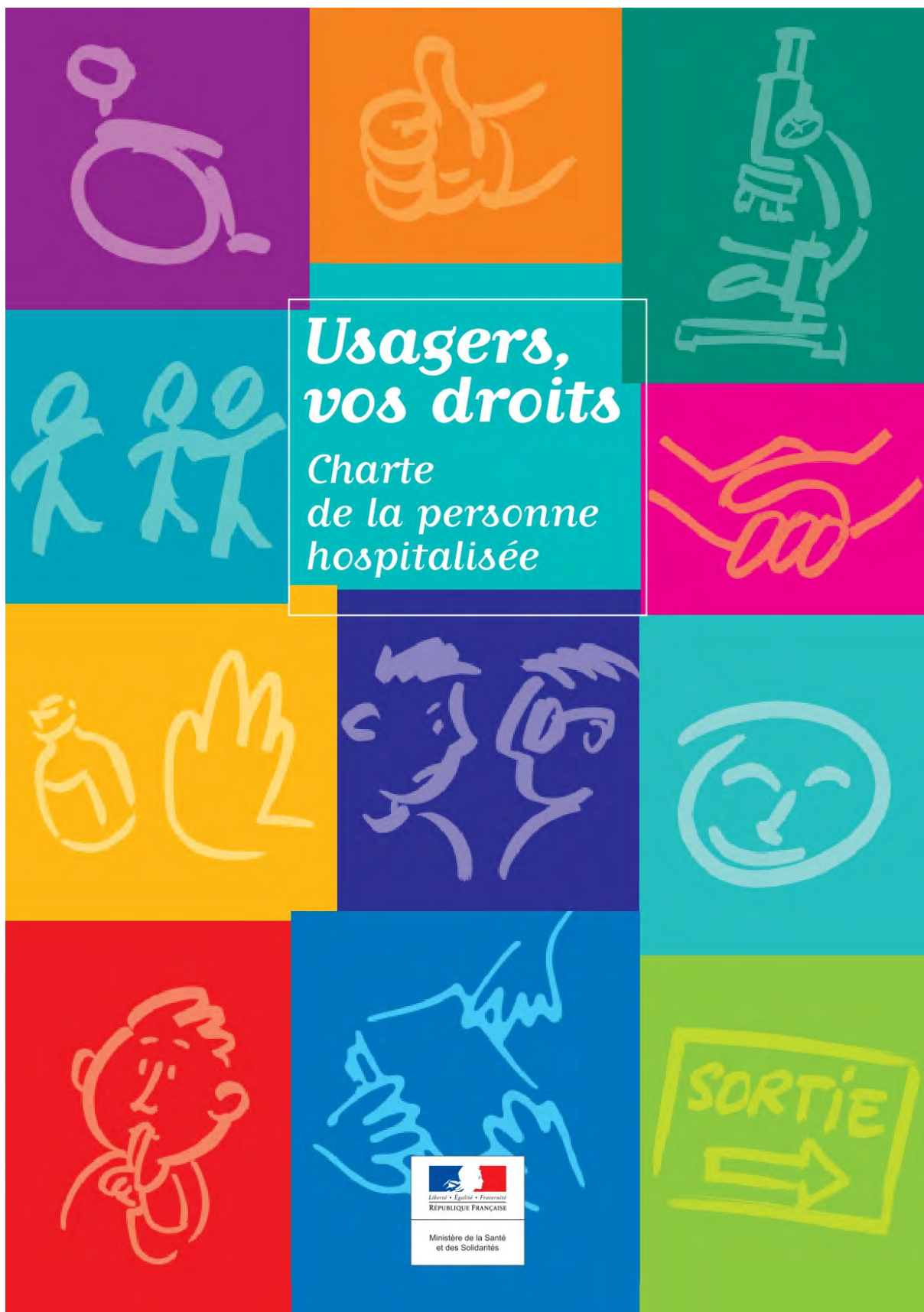
31) Révision de la charte

Une révision de la charte est basée sur l'actualisation des données réglementaires ou de bonnes pratiques professionnelles promues par l'HAS et/ou le Comité des Blocs Opératoires.

Toute proposition de modification fait l'objet d'une analyse préalable en conseil de bloc.

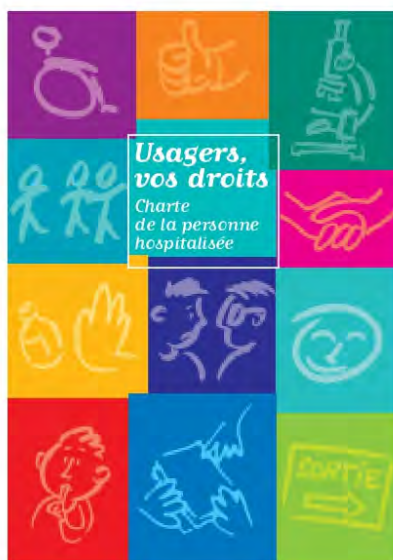
La charte modifiée fera ensuite l'objet d'une présentation en Directoire, CME et CSMIRT puis les modifications notifiées à l'ensemble des utilisateurs du bloc opératoire et des personnels concernés.

La charte est communiquée au service qualité gestion des risques.



**Usagers,
vos droits**
Charte
de la personne
hospitalisée





L'

objectif de la présente charte est de faire connaître aux personnes malades, accueillies dans les établissements de santé, leurs droits essentiels tels qu'ils sont affirmés par les lois – notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – et les principaux décrets, arrêtés, circulaires et chartes dont les références figurent en annexe.

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 personne hospitalisée doit pouvoir prendre connaissance du règlement intérieur qui précise ces obligations.

Les dispositions qui la concernent et, en particulier, les dispositions qui s'appliquent à l'établissement, aux personnels et aux personnes malades, seront, si possible, intégrées dans le livret d'accueil.

Le résumé de la charte est remis, dès son entrée dans l'établissement, à chaque personne hospitalisée ainsi qu'un questionnaire de sortie et un contrat d'engagement contre la douleur, annexés au livret d'accueil. Le document intégral de la charte est délivré, gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil.



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge

Toute personne est **libre de choisir** l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge. Un établissement ne peut faire obstacle à ce libre choix que s'il n'a pas les moyens d'assurer une prise en charge appropriée à l'état du demandeur ou s'il ne dispose pas de la place disponible pour le recevoir.

Toutefois, les personnes faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement en raison de troubles mentaux sont exclusivement hospitalisées dans les établissements de santé habilités à cet effet par le préfet.

Toute personne peut également choisir son praticien sous réserve que les modalités d'organisation de l'établissement ne s'y opposent pas.

Dans tous les cas, le choix de la personne concernant l'établissement et/ou le praticien doit se concilier avec certaines contraintes liées à l'urgence, l'organisation du service ou la délivrance des soins.

Les conditions de remboursement dont bénéficie la personne peuvent varier selon l'établissement ou le praticien choisi.

> Dispositions communes à tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés

Tous les établissements de santé doivent contribuer à garantir l'**égal accès** de chaque personne **aux soins** requis par son état de santé. Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques. Les établissements prennent toutes les dispositions nécessaires pour que les enfants en âge scolaire bénéficient d'un suivi scolaire adapté.

Les aménagements nécessaires à l'accueil des personnes souffrant d'un handicap physique, mental ou sensoriel doivent être prévus.

L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches).

Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché.

Les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles.

Ces associations ont pour mission d'apporter une aide et un soutien à toute personne qui le souhaite ou de répondre à des demandes spécifiques sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux. Une convention est conclue avec ces associations, précisant les conditions d'intervention de celles-ci dans l'établissement. La liste des associations concernées figure de préférence dans le livret d'accueil. À défaut, cette liste sera mise à la disposition des personnes hospitalisées par le service chargé de l'accueil.

Tout établissement, doté d'un **service d'accueil et de traitement des urgences**, qui se trouve dans l'incapacité de procéder à l'admission d'une personne dont l'état de santé exige une hospitalisation en urgence, doit tout mettre en œuvre pour assurer son admission dans un autre établissement.

> Dispositions propres au service public hospitalier

L'accueil des personnes s'effectue de jour comme de nuit, éventuellement en urgence.

L'accès au service public hospitalier est garanti **aux personnes les plus démunies**. Les personnes qui ne peuvent justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale de l'État sont prises en charge au sein des établissements de santé publics et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier.



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge

pour les soins urgents. Ces soins sont ceux dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître. L'établissement constitue un lieu d'accueil privilégié où les personnes en situation de précarité doivent pouvoir faire valoir leurs droits, y compris sociaux. Dans ce but, les établissements doivent mettre en place **une permanence d'accès aux soins de santé**, qui aide les personnes dans leurs démarches administratives et sociales afin de garantir leur accès à la prévention, aux soins et au suivi médical à l'hôpital et dans les réseaux de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

L'assistante sociale ou, à défaut, le cadre de santé, est à la disposition des personnes malades, de leur famille ou à défaut de leurs proches⁽¹⁾ pour les aider à résoudre leurs difficultés personnelles, familiales, administratives ou matérielles résultant de leur hospitalisation.

(1) L'obligation d'information des établissements concerne également la personne de confiance désignée en application de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique (voir plus loin).

Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins

Les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques de chacun d'eux. Ils leur dispensent les actes de prévention, d'investigation de diagnostic ou de soins – curatifs ou palliatifs – que requiert leur état et ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, leur faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Par ailleurs, ils veillent à la **continuité des soins** à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants.

Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la **prise en charge de la douleur** des personnes qu'il accueille.

Une brochure intitulée « Contrat d'engagement contre la douleur » doit être remise à chaque personne hospitalisée. L'évolution des connaissances scientifiques et techniques, ainsi que la mise en place d'organisations spécifiques, permettent d'apporter, dans la quasi totalité des cas, un soulagement des douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants ou des adultes.

Une attention particulière doit être portée au soulagement des douleurs des personnes en fin de vie.

Lorsque les personnes sont parvenues au terme de leur existence, l'établissement met tout en œuvre pour leur assurer **une vie digne jusqu'à la mort**. À cet égard, la prise en compte de leur volonté est essentielle (cf. infra IV). Elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques tant physiques que psychologiques. Elles sont accompagnées, si elles le souhaitent, par leur famille ou leurs proches et les personnes de leur choix (en particulier la personne de confiance qu'elle aura désignée) et, naturellement, par le personnel et les bénévoles intervenant dans l'établissement. En cas de décès imminent, l'établissement s'attachera à prévenir la personne de confiance, la famille ou, à défaut, les proches, dans un délai leur permettant d'avoir la possibilité d'accompagner la personne lors de ses derniers moments. L'entourage bénéficie également d'un soutien⁽²⁾.

En cas de décès dans l'établissement de santé, la dépouille de la personne décédée est déposée dans la chambre mortuaire de l'établissement ou, à défaut, dans celle d'un autre établissement. En l'absence de chambre mortuaire, le défunt peut être transféré hors de l'établissement dans une chambre funéraire à la demande de la famille ou à la demande du directeur de l'établissement, s'il lui a été impossible de joindre la famille dans un délai de dix heures à compter du décès. Lorsque le transfert en chambre funéraire a été demandé par le directeur de l'établissement, les frais résultant du transport sont à la charge de l'établissement ainsi que les frais dits de séjour, dans la limite des trois premiers jours suivant l'admission.

(2) La circulaire DHOS/C2/DGS/SD5D/2002/98 du 19 février 2002 constitue en ce domaine une référence en matière d'organisation des soins d'accompagnement.



L'information donnée au patient doit être accessible et loyale

Les établissements doivent veiller à ce que **l'information médicale et sociale** des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information.

Il revient à l'établissement et aux professionnels de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et le secret médical n'est pas opposable au patient. Toutefois, **la volonté d'une personne de ne pas être informée** du diagnostic ou du pronostic la concernant doit être respectée, sauf si son état de santé présente des risques de transmission à des tiers.

Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne **une information accessible, intelligible et loyale**. Cette information doit être renouvelée si nécessaire. Le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées. L'information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposés ainsi que sur leurs alternatives éventuelles. Dans le cas de la délivrance d'une information difficile à recevoir pour le patient, le médecin peut, **dans la mesure du possible**, proposer un soutien psychologique.

Dans le cas où les informations médicales à délivrer relèvent en partie de la compétence d'autres professionnels de santé, **le médecin organise le parcours de la personne** ou, à défaut, lui indique les professionnels auxquels il est souhaitable qu'elle s'adresse pour obtenir une information médicale complète.

Afin que la personne malade puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui la concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à son information et son éducation, chacun dans son domaine de compétences.

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.

Pour favoriser **la participation des mineurs et des majeurs sous tutelle** à la prise de décision les concernant, ils sont informés des actes et examens nécessaires à la prise en charge de leur état de santé, en fonction de leur âge et de leurs capacités de compréhension, indépendamment de l'indispensable information donnée à leurs représentants légaux.

Le secret médical, institué pour protéger la personne malade, s'impose au médecin. Dans ces conditions, le médecin ne doit divulguer aucune information médicale à une autre personne qu'à la personne malade. Toutefois, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, et sauf opposition de la personne malade, la famille et les proches reçoivent les informations leur permettant de soutenir directement la personne malade et doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec les médecins responsables. Par ailleurs, en cas de décès, et sauf opposition exprimée antérieurement par la personne elle-même, le secret médical ne fait pas obstacle à la divulgation des informations aux ayants droit lorsqu'elles sont nécessaires à la connaissance des causes de la mort, à la défense de la mémoire du défunt ou pour faire valoir leurs droits.

La personne de confiance (cf. infra 4) doit également bénéficier d'une information suffisante pour pouvoir donner valablement son avis, dans le cas où la personne malade n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté. Seules l'impossibilité, l'urgence ou la volonté de la personne malade de ne pas savoir peuvent dispenser le médecin d'informer celle-ci.

L'information porte également, à la demande de la personne hospitalisée, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au titre de sa prise en charge. Lorsque cette prise en charge est réalisée par un professionnel de santé d'exercice libéral, ce dernier doit informer la personne, avant l'exécution d'un acte, de son coût et des conditions de remboursement dont elle bénéficierait par les organismes d'assurance maladie.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient

L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité médicale pour la personne et avec son **consentement préalable**. Pour cette raison, notamment, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé. Lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sauf urgence ou impossibilité, le médecin ne pourra réaliser aucune investigation ni traitement sans avoir consulté au préalable la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches.

Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. **Il doit être éclairé**, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Si des risques nouveaux apparaissent postérieurement aux actes d'investigation, traitement ou prévention, toute mesure doit être prise pour en informer la personne.

Autre conséquence du principe du consentement : toute personne hospitalisée, apte à exprimer sa volonté, peut aussi refuser tout acte diagnostic ou tout traitement ou en demander l'interruption à tout moment. Toutefois, si par ce refus ou cette demande d'interruption de traitement, la personne met sa vie en danger, le médecin, tenu par son obligation d'assistance, doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire alors appel à un autre membre du corps médical. Cependant, dès lors que la personne réitère sa décision dans un délai raisonnable (délai apprécié compte tenu de la situation), celle-ci s'impose au médecin. Il faut préciser que la décision prise par la personne malade de limiter ou d'arrêter ses traitements, alors même qu'elle ne se trouve pas en situation de fin de vie, doit être particulièrement réfléchie. C'est pourquoi le devoir d'assistance du médecin doit l'emporter sur le refus de soins dans les situations d'urgence où le pronostic vital est engagé, dès lors que le patient n'a pas disposé d'un délai minimum

nécessaire pour réitérer, en toute connaissance de cause, sa volonté.

En fin de vie (c'est-à-dire lorsque la personne se trouve « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable »), dès lors que la personne, dûment informée des conséquences de son choix et apte à exprimer sa volonté, fait valoir sa décision de limiter ou d'arrêter les traitements, celle-ci s'impose au médecin.

Dans tous les cas, la décision d'arrêt ou de limitation des traitements, prise par la personne, est inscrite dans son dossier médical.

Lorsqu'une personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, qu'elle soit en fin de vie ou non, et que les actes de prévention, d'investigation ou de soins apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, le médecin peut prendre la décision de les limiter ou de les arrêter. Cette décision ne peut cependant être prise qu'après concertation avec l'équipe de soins et **dans le cadre d'une procédure collégiale**. Le médecin ne prend en effet sa décision qu'après consultation d'au moins un autre médecin avec lequel il n'entretient aucun lien hiérarchique. Par ailleurs, il prend en compte les souhaits précédemment exprimés par la personne quant à sa fin de vie. Cette volonté doit être recherchée notamment dans d'éventuelles **directives anticipées** (voir ci-après).

Il prend en compte également les avis exprimés par la personne de confiance, la famille ou, à défaut, les proches. Lorsque la personne de confiance est désignée, son avis l'emporte sur celui exprimé par la famille ou par les proches. La décision motivée du médecin ainsi que les étapes de la procédure suivie sont inscrites dans le dossier médical.

Dans tous les cas d'arrêt ou de limitation de traitement, la personne conserve tous ses droits d'accès aux soins palliatifs. Comme précédemment indiqué (cf. supra II), le médecin doit soulager sa douleur, apaiser sa souffrance psychique, sauvegarder sa dignité et soutenir son entourage.

Afin de garantir l'expression de la volonté du malade, deux dispositifs sont prévus : la désignation d'une personne de confiance et les directives anticipées.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient

Lors de son admission, toute personne hospitalisée majeure est systématiquement informée de la possibilité qui lui est offerte de désigner **une personne de confiance**. Cette désignation est effectuée par écrit et vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en décide autrement. Elle est révocable à tout moment. Le choix de la personne peut porter aussi bien sur un parent que sur un conjoint, un compagnon, une compagne, un proche, un médecin traitant... La personne de confiance peut être désignée antérieurement à l'hospitalisation. L'établissement apportera une attention particulière au recueil des coordonnées de la personne choisie et il est recommandé que ces informations soient classées dans le dossier médical. À la demande du patient, la personne de confiance pourra l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Pour le cas où le patient se trouverait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, l'avis de la personne de confiance doit être recueilli, mais ne s'impose pas au médecin.

Toute personne majeure a la possibilité de rédiger, pour le cas où elle ne serait plus en état d'exprimer elle-même sa volonté, **des directives anticipées**. L'objet de ces dernières est de permettre à la personne de faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie. Les directives anticipées se présentent sous forme d'un document écrit et authentifiable. Si la personne ne peut les rédiger elle-même, deux témoins, dont la personne de confiance, attestent qu'elles correspondent à la volonté clairement exprimée par la personne. Elles doivent être renouvelées tous les trois ans ou être établies depuis moins de trois ans avant que la personne ne soit plus en état d'exprimer sa volonté (par exemple en cas de maladie neurodégénérative). Elles sont révocables à tout moment. Lorsque des directives anticipées existent, le médecin doit en tenir compte. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale. Elles témoignent en effet de la volonté d'une personne, alors que celle-ci était encore apte à l'exprimer et en état de le faire. Toutefois, les directives anticipées n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin. Celui-ci reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations exprimées par le patient dans ce document compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution de l'état de l'art médical. En tout état de cause, la personne qui souhaite que ses directives soient prises en compte, doit les rendre accessibles au médecin qui la prendra en charge au sein

de l'établissement. À cette fin, mais sans qu'il s'agisse d'une condition de validité, le dossier détenu par le médecin traitant apparaît comme le meilleur cadre de conservation. Lors de son admission dans l'établissement, le patient peut signaler l'existence de directives anticipées et indiquer les coordonnées des personnes auxquelles il les a confiées.

Lorsque la personne hospitalisée est mineure ou majeure sous tutelle, dès lors qu'elle est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être recherché, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale ou au tuteur de consentir à tout traitement. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle d'une personne mineure ou majeure sous tutelle risque d'être gravement compromise par le refus du représentant légal ou par l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin délivre les soins qui s'imposent. S'agissant d'un mineur, lorsqu'il y a divergence entre les titulaires de l'autorité parentale, il appartient au parent le plus diligent de saisir le juge aux affaires familiales afin qu'il soit statué sur la décision à prendre. Dans le cas où cette divergence s'accompagne d'une situation de danger mettant en cause la santé ou la sécurité du mineur, le médecin, tout en étant tenu de délivrer les soins indispensables, est, comme tout autre tiers confronté à une telle situation de danger, habilité à opérer un signalement auprès du procureur de la République, lequel a faculté de saisir le juge des enfants. S'agissant d'un majeur sous tutelle, il appartient au tuteur de solliciter une autorisation du juge des tutelles, dans le cas où il est appelé à prendre une décision concernant la santé de la personne protégée, en l'absence d'avis exprimé par celle-ci ou contre son avis dès lors que la décision présente un risque sérieux d'atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée.

Si une personne mineure, pour laquelle un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder sa santé, ne souhaite pas que son état de santé soit porté à la connaissance des titulaires de l'autorité parentale, le médecin peut se dispenser du consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale après avoir mis tout en œuvre pour que le mineur accepte qu'ils soient consultés. Si le mineur persiste dans sa volonté que le secret soit gardé, le médecin pourra intervenir pour autant que le mineur soit accompagné d'une personne majeure de son choix. La mention du refus du mineur que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés sera portée au dossier médical de l'intéressé.



Un consentement spécifique est prévu pour certains actes

Au delà du principe général du consentement préalable, certains actes médicaux font l'objet de garanties spécifiques en ce qui concerne le consentement.

Dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation, c'est le consentement des deux membres du couple, à l'origine du projet parental, qui est exigé (article L.2141-2 du code de la santé publique). Pour le **diagnostic prénatal**, seul le consentement de la femme enceinte est recueilli (article L.2131-4).

Le don et l'utilisation des éléments et des produits du corps humain font également l'objet de dispositions spécifiques.

Ainsi, le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits, pour quelle que finalité que ce soit, ne peuvent être pratiqués sans le consentement du donneur.

Le consentement est révocable à tout moment (article L.1211-2 du code de la santé publique). Lorsque la finalité initiale du prélèvement est modifiée, la personne doit en être informée, sauf impossibilité, afin de pouvoir s'y opposer si elle le souhaite.

Le consentement à **un prélèvement d'organe en vue de don** est particulièrement formalisé : il doit être recueilli devant le tribunal de grande instance ou, en cas d'urgence, par le procureur de la République. Ce consentement est révocable à tout moment et sans condition de forme (article L.1231-1 du code de la santé publique). En règle générale, aucun prélèvement d'organe, de tissus, de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de don ne peut avoir lieu sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale (articles L.1231-2 et L.2141-2 du code de la santé publique). Toutefois, un prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse peut être effectué sur un mineur ou sur un majeur protégé au bénéfice de son frère ou de sa sœur, de son cousin germain ou de sa cousine germaine, de son oncle ou de sa tante, de son neveu ou de sa nièce, avec les garanties et dans les conditions définies aux articles L.1241-3 et L.1241-4 du code de la santé publique.

Toute personne peut faire connaître de son vivant son opposition ou son refus

à un prélèvement d'organe après son décès

(que ce soit à des fins thérapeutiques ou scientifiques). Ce refus peut figurer sur le registre national des refus, mais il peut également être exprimé par tout autre moyen. Aussi, en l'absence de refus enregistré dans le registre national, avant tout prélèvement, le médecin doit vérifier auprès de la famille ou des proches que la personne ne s'est pas opposée de son vivant, par tout moyen, au don d'organes (article L.1232-1 du code de la santé publique). Si la personne décédée est un mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le prélèvement en vue d'un don ne peut avoir lieu qu'à condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale – ou le représentant légal – y consente expressément par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit (article L.1232-1 du code de la santé publique).

En outre, en cas de **prélèvements à des fins scientifiques sur personne décédée**, ceux-ci ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'agence de la biomédecine et soumis à l'appréciation du ministre chargé de la recherche (article L.1232-3 du code de la santé publique). Dans tous les cas, la famille ou les proches sont informés par le médecin de la finalité des prélèvements sur la personne décédée envisagés à des fins scientifiques et de leur droit à connaître les prélèvements effectués (article L.1232-1 du code de la santé publique).

Pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG), des dispositions spécifiques sont prévues lorsqu'il s'agit d'une mineure. Si une mineure non émancipée souhaite accéder à une IVG et se trouve dans l'impossibilité de recueillir le consentement d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale ou si elle souhaite garder le secret, l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés, peuvent néanmoins être pratiqués à sa demande. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner par la personne majeure de son choix.

En ce qui concerne les prélèvements à visées tant diagnostiques, thérapeutiques que scientifiques sur **des tissus et cellules embryonnaires**

ou fœtales à l'issue d'une interruption de grossesse, ils ne peuvent être demandés qu'aux personnes majeures (sauf recherche des causes de l'interruption) et après qu'elles aient donné leur consentement écrit. S'il s'agit de **prélèvements à des fins scientifiques**, ils ne peuvent, en outre, être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis préalablement à leur mise en œuvre à l'agence de la biomédecine et soumis à l'appréciation du ministre chargé de la recherche (article L.1241-5 du code de la santé publique).

En ce qui concerne la réalisation des examens des caractéristiques génétiques, la personne doit y consentir préalablement par écrit dans les conditions fixées par l'article L.1131-1 du code de la santé publique. Cependant, en cas d'impossibilité de recueillir le consentement de la personne ou de consulter la personne de confiance qu'elle a désignée, sa famille ou à défaut ses proches, les examens peuvent avoir lieu quand son intérêt même l'exige.

La pratique d'une stérilisation à visée contraceptive fait l'objet d'une information spécifique délivrée par le médecin sur les risques et les conséquences de l'intervention. Cette information donne lieu à un document écrit. La patiente, majeure, doit exprimer une volonté libre, motivée et délibérée compte tenu de l'information reçue. Le consentement doit être réitéré après un délai de réflexion de quatre mois et confirmé par écrit. Les personnes majeures dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié leur placement sous tutelle ou curatelle, bénéficient, pour cette intervention, d'un régime de protection renforcée. L'intervention est subordonnée à la décision d'un juge des tutelles, chargé de recueillir l'avis d'un comité d'experts (article L. 2123-2 du code de la santé publique).

Un dépistage (par exemple du virus de l'immunodéficience humaine [VIH]) ne peut être réalisé qu'avec le consentement préalable de la personne, sauf dans certains cas exceptionnels où ce dépistage est obligatoire (par exemple : dons de sang, d'organes, de tissus, de cellules et notamment de sperme et de lait). **Aucun dépistage ne peut être fait à l'insu du patient**, ce qui constituerait une violation de la vie privée. Un dépistage volontaire peut être proposé au patient, dans le respect des règles rappelées par la circulaire n° 684 bis du 28 octobre 1987 relative au dépistage du VIH, dont celle du libre consentement, après information personnalisée.

Par ailleurs, toute personne infectée par le VIH doit donner son consentement par écrit au traitement informatique de son dossier médico-épidémiologique à des fins statistiques.

Une recherche biomédicale ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles

Pour faire progresser les connaissances sur le fonctionnement du corps humain et l'origine, le diagnostic et le traitement des maladies, il est nécessaire de pouvoir mener des recherches sur l'être humain : c'est la recherche biomédicale, strictement encadrée par la loi. Ce type d'activité ne doit pas être confondu avec une activité de soin ; il ne s'agit pas non plus d'un droit pour les patients. En tout état de cause, une recherche biomédicale ne peut être effectuée sur l'être humain que si elle répond à **des critères de pertinence scientifique, d'absence de risques disproportionnés aux bénéfices escomptés et de réduction des désagréments et des contraintes pour la personne.**

Une recherche biomédicale ne peut, en principe, être proposée à une personne hospitalisée. Toutefois, une telle recherche peut être proposée dans deux cas : d'une part, si le bénéfice attendu par la personne hospitalisée justifie le risque encouru ; d'autre part, si la recherche peut être potentiellement utile pour d'autres personnes relevant de la même situation, c'est-à-dire hospitalisées, et dans la mesure où il n'existe aucune méthode alternative d'efficacité comparable.

Aucune recherche ne peut être menée si elle n'a pas reçu l'**avis favorable d'un comité de protection des personnes indépendant**, auquel participent notamment des représentants d'associations de malades ou d'usagers du système de santé. **La recherche doit en outre être autorisée**, selon le cas, soit par l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, soit par le ministère chargé de la santé.

Le médecin investigateur qui coordonne une recherche doit apporter **une information claire et compréhensible** à la personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale. La personne pressentie doit notamment, avant de donner son consentement, être informée sur : les objectifs, la méthode et la durée de la recherche ; les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles ; les autres choix de traitements possibles ; les modalités de prise en charge médicale prévues en cas d'interruption de la recherche pour quelque raison que ce soit ;

les modalités selon lesquelles, après la fin de la recherche, la personne hospitalisée participante sera informée des résultats de celle-ci. L'ensemble des informations est résumé dans un document écrit. En effet, la personne, dans la mesure du possible, doit avoir le temps de réfléchir à la proposition qui lui est faite et de demander toutes les explications complémentaires au médecin investigateur, d'en parler à toute personne de son choix (médecin traitant, proches, association de malades, etc.) avant de prendre et de faire connaître sa décision.

Si la personne est d'accord pour participer à la recherche, elle doit exprimer son **consentement par écrit** en signant un document. Si elle n'accepte pas la proposition qui lui est faite ou si elle retire son consentement, cela n'aura aucune conséquence sur sa prise en charge par l'établissement et elle recevra des soins de la même qualité que si elle acceptait de participer à la recherche proposée.

Des règles spécifiques relatives au consentement sont prévues pour **les personnes mineures, les personnes majeures sous tutelle ou sous curatelle ou les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur volonté** ainsi que pour les personnes dites « **vulnérables** » – femmes enceintes ou qui accouchent, mères qui allaitent, personnes en prison, personnes hospitalisées sans consentement – (article L.1122-2 du code de la santé publique).

Des recherches peuvent être nécessaires sur des personnes hospitalisées **en situation d'urgence** et qui ne sont pas, par conséquent, en état de donner leur consentement. Dans ce cas, l'accord de la personne de confiance désignée ou de la famille, dans la mesure où elles sont présentes, doit être demandé. La personne concernée est informée dès que possible et son consentement est alors nécessaire pour continuer la recherche. Si la personne refuse, elle peut s'opposer à l'utilisation des données la concernant et qui ont été recueillies avant son refus. Pendant une recherche ou à la fin de celle-ci, la personne hospitalisée a le droit d'avoir communication des informations dont le médecin investigateur dispose au sujet de sa santé.

6

Une recherche biomédicale ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles

La participation d'une personne hospitalisée à une recherche biomédicale ne donnera lieu à aucune rémunération ni indemnisation.

Le traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche s'effectue dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers

et aux libertés et à l'article L.1111-7 du code de la santé publique. Conformément à ces dispositions, toute personne peut obtenir communication et le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant aux responsables de la recherche. Elle peut également s'opposer au traitement des données la concernant.



La personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement

Une personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement. Lorsque la demande de sortie est jugée prématurée par le médecin et présente un danger pour la santé de la personne, celle-ci doit signer **une attestation** établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait pour elle. À défaut de cette attestation, un document interne est rédigé.

Une personne ne peut être retenue par l'établissement. Seules les personnes ayant nécessité, en raison de **troubles mentaux**, une hospitalisation à la demande d'un tiers ou une hospitalisation d'office, peuvent être retenues, sous réserve des dispositions applicables aux mineurs et, sous certaines conditions, aux majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux autres patients. Des restrictions à l'exercice de leurs libertés individuelles peuvent être imposées aux personnes hospitalisées pour troubles mentaux sans leur consentement, dans la limite de celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement. Ces personnes doivent être informées dès leur admission et, par la suite, à leur demande, de leur situation juridique et de leurs droits.

Les personnes détenues disposent des mêmes droits que ceux dont bénéficient les autres personnes hospitalisées. Cependant, les détenus admis dans un établissement de santé continuent d'effectuer leur peine ; de même, les personnes mises en examen et placées en détention provisoire restent en détention ; de ce fait, la réglementation pénitentiaire leur est applicable et, notamment, les règles particulières restreignant la liberté d'aller et venir et de communiquer.





La personne hospitalisée est traitée avec égards

L respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards.

Si un enseignement clinique conduit à un examen du patient en présence d'étudiants en médecine, son consentement préalable est requis. Il ne peut être passé outre à un refus de la personne. Les mêmes prescriptions doivent être respectées en ce qui concerne les actions de formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux.

L'établissement de santé doit **respecter les croyances et convictions** des personnes accueillies. Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires...).

Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches.

Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

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

Il organise le fonctionnement des consultations externes et l'accomplissement des formalités administratives liées à l'hospitalisation, de manière à réduire le plus possible les déplacements et les délais d'attente.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne

Toute personne hospitalisée a droit au respect de sa vie privée.

Le personnel est tenu **au secret professionnel**, défini par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal et à la discrétion professionnelle définie par l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, relative aux droits et obligations des fonctionnaires.

L'établissement garantit **la confidentialité des informations** qu'il détient sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières).

Toutefois, les informations à caractère médical, dans la mesure où elles sont utiles à la continuité des soins et déterminent la meilleure prise en charge possible, sont réputées avoir été confiées par la personne hospitalisée à l'ensemble de l'équipe de soins qui la prend en charge. Ces mêmes informations pourront également être confiées à d'autres professionnels de santé ne faisant pas partie de l'équipe de soins qui prend en charge la personne, dans la mesure où celle-ci en aura été avertie et ne s'y sera pas opposée. Dans le cadre d'une procédure judiciaire exécutée dans les formes prescrites, le juge ou la personne qu'il aura mandatée à cet effet peut avoir accès aux informations concernant une personne hospitalisée ou ayant été hospitalisée. Toutefois, cette procédure judiciaire n'est pas de nature à entraîner la levée des anonymats garantis par la loi.

La personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix en respectant l'intimité et le repos des autres personnes hospitalisées. Elle a le droit à la confidentialité de son courrier, de ses communications téléphoniques, de ses entretiens avec des visiteurs et avec les professionnels de santé.

L'accès des journalistes, photographes, démarcheurs publicitaires et représentants de commerce auprès des personnes hospitalisées ne peut avoir lieu qu'avec l'accord exprès des personnes concernées, dans la limite du respect des autres patients et sous réserve de l'autorisation écrite donnée par le directeur de l'établissement. Cet accès doit être utilisé avec mesure afin d'éviter tout abus de l'éventuelle vulnérabilité des patients.

Une personne hospitalisée peut refuser toute visite et demander que sa présence ne soit pas divulguée. La personne hospitalisée peut, dans la limite du respect des autres patients et de l'espace de sa chambre, apporter des effets personnels. Le régime de responsabilité, en cas de perte, vol ou détérioration de ces objets ainsi que des objets autorisés à être déposés, est défini par la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 et ses textes d'application (cf. articles L.1113-1 à L.1113-10 et R.1113-1 à R.1113-9 du code de la santé publique).

Tout enfant hospitalisé dans un service de pédiatrie doit pouvoir bénéficier de la visite de son père, de sa mère ou de toute autre personne s'occupant habituellement de lui, quelle que soit l'heure, y compris la nuit, pour autant que la présence du visiteur n'expose ni lui-même, ni l'enfant à un risque sanitaire, en particulier à des maladies contagieuses.

La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant

Toutes les informations à caractère médical formalisées sont intégrées dans **le dossier médical**. Ces informations sont accessibles à la personne hospitalisée (dans certaines conditions, à ses représentants légaux ou, en cas de décès, à ses ayants droit), à l'exclusion toutefois de celles qui concernent des tiers ou mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers. L'accès de la personne à ces informations peut s'effectuer directement, si elle le souhaite, ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet. Dans l'hypothèse où la personne souhaite consulter son dossier médical sur place, elle peut bénéficier gratuitement d'un accompagnement médical proposé par l'établissement. Les autres conditions de cet accès, notamment celles concernant les personnes mineures et, à titre exceptionnel, celles concernant les personnes hospitalisées sans leur consentement, sont précisées dans le livret d'accueil mentionné à l'article L.1112-2 du code de la santé publique.

Toute personne accueillie a accès, sur sa demande, aux informations la concernant et contenues dans les fichiers informatiques de l'établissement, en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Dans les établissements assurant le service public hospitalier, l'usager a un droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi du 17 juillet 1978 modifiée. Il en fait la demande auprès du représentant légal de l'établissement. En cas de refus exprès ou tacite de celui-ci, il peut solliciter l'avis de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA - 35, rue Saint-Dominique - 75007 PARIS - www.cada.fr).



La personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de sortie remis avec le livret d'accueil à chaque patient, une personne hospitalisée peut faire part de ses observations directement au représentant légal de l'établissement de santé. Dans chaque établissement, **une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU)** veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes malades et de leurs proches. Cette commission veille notamment à ce que les personnes puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement. La liste des membres de la commission (parmi lesquels on compte, notamment, deux représentants des usagers, un médiateur médecin et un médiateur non médecin) ainsi que les conditions dans lesquelles elle examine les plaintes et réclamations sont précisées dans le livret d'accueil.

Une personne hospitalisée (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut également s'adresser à **la commission régionale ou interrégionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales**, dans le ressort de laquelle se situe l'établissement de santé concerné. Les coordonnées de la commission compétente sont mentionnées dans le livret d'accueil.

Dans sa formation de conciliation, cette commission peut être saisie, par lettre recommandée avec avis de réception :

- > de toute contestation relative au respect des droits des malades et des usagers du système de santé (article L.1114-4 du code de la santé publique) ;
- > de tout litige ou de toute difficulté entre le malade ou l'usager du système de santé et l'établissement de santé, né à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins (articles L.1142-5 et R.1142-19 et suivants du même code).

La commission a la possibilité soit de mener la conciliation elle-même, soit de la déléguer à l'un de ses membres ou à un médiateur extérieur. Un document est établi en cas de conciliation totale ou partielle.

Dans sa formation de règlement amiable, cette commission peut être saisie par le malade (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants droit), lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important⁽³⁾ et que l'acte de prévention, de diagnostic ou de soins à l'origine du dommage est postérieur au 4 septembre 2001. Pour toute information sur les conditions d'accès au dispositif d'indemnisation, consulter le site www.oniam.fr ou appeler – au coût d'une communication locale – le 0810 600 160 (numéro azur), du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00.

Le malade estimant avoir subi un préjudice (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut également, et même, s'il le souhaite, simultanément à la procédure devant la commission ci-dessus, exercer **un recours devant les tribunaux**. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage. Selon que les faits incriminés sont survenus dans un établissement de santé public ou privé, c'est la juridiction administrative ou judiciaire qui est compétente.

Dans tous les cas, **les actions** tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés, à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins, **se prescrivent par dix ans, à compter de la consolidation du dommage**.

En ce qui concerne les affaires relevant des tribunaux administratifs - et elles seules - il est nécessaire, **préalablement à tout recours devant le juge administratif**, de formuler, auprès de l'administration concernée, une demande d'indemnisation pour préjudice (sous forme d'une requête amiable).

(3) Ne sont en effet recevables que les demandes des personnes pour lesquelles le dommage subi a entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) supérieure à 24 %, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur 12 mois. La demande est également recevable, à titre exceptionnel, si la personne a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle ou si elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence.



La personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil

En cas de rejet de la demande, le requérant dispose d'un délai de deux mois pour saisir le tribunal administratif. Dans l'hypothèse d'un recours en dommages et intérêts, en cas d'absence de réponse de l'établissement dans les deux mois

suivant la demande (rejet implicite), le requérant n'est pas tenu par un délai, mais l'établissement pourra faire valoir la prescription décennale mentionnée ci-dessus.



Charte de la personne hospitalisée Principes généraux



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Annexe à la circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

La liste des textes cités ci-après ne saurait être exhaustive. Elle a seulement pour objet de rappeler les principaux textes qui ont servi de référence à l'élaboration de la charte de la personne hospitalisée.

Les textes suivis du signe (*) sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr
Les textes suivis du signe (**) sont accessibles sur le site internet : www.sante.gouv.fr

➤ Les codes

- Code pénal (*)
- Code civil (*)
- Code de la santé publique (*)
- Code de la sécurité sociale (*)
- Code de l'action sociale et des familles et aide sociale (*)
- Code général des collectivités territoriales (*) (et, notamment, ses articles L.2223-39, R.2223-76, R.2223-79 et R.2223-91)

➤ Les lois non codifiées

- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 **modifiée** relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (*)
- Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 **modifiée** portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal (*)
- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 **modifiée** relative aux droits et obligations des fonctionnaires (*)

➤ Les chartes

- Charte de l'enfant hospitalisé signée par les associations européennes en 1988
www.invivo.net/adarpef/article.php3?id_article=5

- Charte de l'usager en santé mentale du 8 décembre 2000
www.fnapsy.org/?page=charte
- Charte des associations de bénévoles à l'hôpital du 29 mai 1991
www.ap-hop-paris.fr/site/benevolat/charte.htm
- Charte d'accueil des familles de victimes de la violence routière dans les établissements de santé
www.famille.gouv.fr/dossiers/violences_rout/charte.htm
- Charte Marianne (**)
- Charte sociale européenne
www.coe.int

➤ Les textes réglementaires non codifiés

Textes relatifs à la prise en charge dans les établissements de santé

- Arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé (JO n°9 du 11 janvier 1997, p. 496 (**))
- Circulaires DH/DAS n° 93-33 du 17 septembre 1993 (BO 93/42) et n° 95-08 du 21 mars 1995 (BO 95/16) relatives à l'accès aux soins des personnes les plus démunies
- Circulaire DH/AF1/97/n°29 du 17 janvier 1997 de mise en œuvre de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé pris en application de l'article L.710-1-1 du code de la santé publique (article L.1112-2 nouveau de ce même code) (BO 97/5)
- Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n°98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies (BO 99/1) (**)

- Circulaire N° DH/AF1/99/18 du 14 janvier 1999 relative aux chambres mortuaires des établissements de santé (**)
- Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (BO 2003/20) (**)
- Circulaire N°DHOS/SDE/E1/2004/471 du 4 octobre 2004 relative à la convention définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé et comportant une convention type (BO 2004/43) (**)
- Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/2004/21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé (BO 2004/6) (**)
- Arrêté du 9 janvier 2006 modifiant l'arrêté du 19 avril 1994 fixant la liste des instances mentionnées à l'article L.225-8 du code du travail, relatif au congé de représentation en faveur des associations relevant du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville

Textes relatifs aux soins

- Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques (BO 94/5)
- Circulaire DGS/SQ2/DH/EO4 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle (BO 98/9) (**)
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (BO 2002/12) (**)
- Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé (BO 2002/21) (**)

Textes relatifs à l'information de la personne hospitalisée et de ses proches

- Recommandations pour la pratique clinique « Information des patients, recommandations destinées aux médecins », ANAES, mars 2000 www.anaes.fr/
- Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (BO 2001/3) (**)

Textes relatifs à l'accès aux informations contenues dans les dossiers administratifs et médicaux

- Arrêté du 1^{er} octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant de frais de copie d'un document administratif (JO n° 228 du 2 octobre 2001) (*)
- Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès (JO n° 65 du 17 mars 2004) (*)

Textes relatifs au consentement spécifique pour certains actes

- Arrêté du 27 novembre 1991 autorisant le traitement informatisé des dossiers médico-économiques et épidémiologiques de l'immunodéficience humaine dans les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine et autres établissements hospitaliers (JO du 17 janvier 1992) (*)
- Arrêté du 22 décembre 2003 modifiant l'arrêté du 27 décembre 1991 autorisant le traitement informatisé des dossiers médico-économiques et épidémiologiques de l'immunodéficience humaine dans les centres d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine et autres établissements hospitaliers (JO n° 38 du 14 février 2004) (*)

Annexe à la circulaire no DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90
du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées
et comportant une charte de la personne hospitalisée

- Circulaire n° 684 bis du 28 octobre 1987 relative au dépistage du virus immunodéficience humaine auprès des malades hospitalisés (BO 87/46)

- Circulaire DGS/DHOS/ n° 2001-467 du 28 septembre 2001, relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (BO 2001/43) (**)

Texte relatif à la liberté individuelle

- Circulaire DGS/SP n° 48 du 9 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux (BO 93/35)

Texte relatif au respect de la personne et de son intimité

- Circulaire n° DHOS/G/2005/n° 57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé (BO 2005/2) (**)

Textes relatifs au droit à la vie privée et à la confidentialité

- Circulaire DGS/DH n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants (BO, fascicule spécial 83/9 bis)

- Circulaire DH/EO3/98 n° 688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie (BO 98/50) (**)

- Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (BO 2003/20) (**)

- Circulaire DHOS/SDO2003/238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences (BO 2003/26) (**)

- Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS/2004/21 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent (BO 2004/52) (**)



Index

- accès – pages 3, 4, 6, 7, 15, 16, 17, 19, 20, 21
accident – page 17
accompagnement – pages 3, 4, 5, 16, 21
accueil – pages 1, 3, 4, 5, 14, 16, 17, 19, 20, 22
administratif – pages 16, 17, 18, 20, 21
administrative – pages 4, 14, 15, 17, 19
admission – pages 3, 5, 8, 13
agence de la biomédecine – page 9
agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) – page 11
aide médicale – page 3
alternative – pages 6, 11
amiable – pages 17, 19
anonymat – page 15
arrêt – page 17
arrêté – pages 1, 20, 21
assistance éducative – page
assistance médicale à la procréation – page 9
assistante sociale – page 4
association – pages 3, 11, 20, 21
assurance maladie – pages 3, 6
attestation – page 13
autorité parentale – pages 8, 9
avis – pages 6, 7, 8, 10, 11, 16, 17
ayants droit – pages 6, 16, 17, 19
bénéfice – pages 5, 9, 11, 12, 19
bénévole – pages 5, 5, 14, 20, 21
biomédicale – pages 11, 12, 19
blessés – page 5
commission d'accès aux documents administratifs (CADA) – page 16
cellule – pages 9, 10
cellules hématopoïétiques – page 9
chambre – page 15
chambre funéraire – page 5
chambre mortuaire – page 5
charte – pages 19, 20
choisir – pages 3, 19
circulaire – pages 1, 5, 10, 20, 21, 22
comités de protection des personnes – page 11
commission – pages 16, 17, 19
communication – pages 3, 6, 11, 12, 15, 17
communiquer – page 13
compétence – page 6
compréhension – pages 3, 6
conciliation – page 17
connaissances scientifiques – pages 5, 7
consentement – pages 3, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 19, 21
consolidation – page 17
consultation – pages 1, 7, 14
continuité des soins – pages 5, 15
contrat d'engagement contre la douleur – pages 1, 5
convaincre – page 7
convention – pages 3, 21
conviction – page 14
cousin germain – page 9
cousine germaine – page 9
croyance – pages 14, 19
commission des relations avec les usagers (CRU) – page 17
curatelle – pages 10, 11
curatif – page 5
danger – pages 7, 8, 13
décennale – page 18
décès – pages 5, 6, 9, 16, 17, 19
décret – page 1
défunt – pages 5, 6
délai – pages 1, 5, 7, 10, 14, 18
démarcheur – page 15
dépistage – pages 10, 19, 22
dépouille – page 5
détention – page 13
détérioration – page 15
diagnostic – pages 5, 6, 7, 9, 11, 17
diagnostic prénatal – page 9
dignité – page 7
directeur – pages 5, 15
directives anticipées – pages 7, 8, 19
discrimination – page 3
document – pages 1, 8, 10, 11, 13, 16, 17, 21
dommage – pages 17, 18
donnée – pages 6, 8, 10, 11, 12, 15, 17, 19
données nominatives – page 12
dossier médical – pages 7, 8, 16
douleur – pages 1, 5, 7, 19, 21
éclairé – pages 7, 9
éducation – page 6
égards – pages 14, 19
enfant – pages 3, 4, 5, 8, 15, 20, 22
exprès – pages 15, 16
famille – pages 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 20, 21
femmes enceintes – pages 5, 11
fichier – pages 12, 16, 20
fin de vie – pages 5, 7, 8, 19
formation – pages 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 21
frais de séjour – pages 5, 6
frère – page 9
griefs – pages 17, 19
handicap – pages 3, 10, 19
hébergement – page 5
impossibilité – pages 6, 7, 8, 9, 10
indemnisation – pages 12, 17
information – pages 4, 6, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 21

- informatique – pages 10, 12, 16, 20
 informer – pages 6, 7
 intégrité corporelle – pages 7, 8
 intérêt – pages 10, 18
 interprète – pages 1, 3
 interruption – pages 7, 9, 10, 11, 22
 interruption volontaire de grossesse – pages 9, 22
 intimité – pages 14, 15, 19, 22
 investigation – pages 5, 6, 7
 journaliste – page 15
 juge aux affaires familiales – page 8
 juge des tutelles – pages 8, 10
 juridiction – page 17
 lait – page 10
 liberté – pages 12, 13, 14, 20, 22
 libre – pages 3, 7, 8, 10, 19
 libre choix – page 3
 limitation – page 7
 livret d'accueil – pages 1, 3, 16, 17, 20
 loi – pages 1, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 22
 loyal – pages 6, 19
 majeur – pages 6, 8, 9, 10, 11, 13, 19
 maladies contagieuses – page 15
 médecin investigateur – page 11
 médecin traitant – pages 8, 11
 mère – pages 11, 15
 mineur – pages 6, 8, 9, 11, 13, 16
 moelle osseuse – page 9
 mort – pages 5, 6
 neveu – page 9
 nièce – page 9
 nuisances – page 14
 oncle – page 9
 opposition – pages 6, 9
 organe – pages 9, 10
 palliatif – pages 5, 7, 21
 père – page 15
 permanence d'accès aux soins de santé – page 4
 personne de confiance – pages 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11
 personne démunie – pages 3, 19, 20
 personne détenue – page 13
 photographe – page 15
 précarité – page 4
 préjudice – pages 17, 19
 prélèvement – pages 9, 10
 prescription – pages 14, 18
 prévention – pages 4, 5, 6, 7, 17
 procédure collégiale – page 17
 procédure judiciaire – page 15
 proche – pages 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 17, 21
 procureur de la République – pages 8, 9
 produit du corps humain – pages 9, 19
 pronostic – pages 4, 6, 7
 prosélytisme – page 14
 protection – pages 9, 10, 11, 13
 protocole – pages 9, 10
 psychologique – pages 5, 6
 qualité – pages 1, 5, 11, 14, 17, 19
 questionnaire de sortie – pages 1, 17
 recherche – pages 9, 10, 11, 12, 19
 recours – pages 3, 17, 18
 réflexion – page 10
 refus – pages 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 19
 règlement amiable – pages 17, 19
 règlement intérieur – page 1
 réitéré – page 10
 religion – pages 3, 14
 remboursement – pages 3, 6
 rémunération – page 12
 représentant – pages 6, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 19
 représentant légal – pages 8, 9, 16, 17
 représentants légaux – pages 6, 16, 17, 19
 responsabilité – pages 15, 17
 révocable – pages 8, 9
 rites funéraires – page 14
 risque – pages 5, 6, 7, 8, 10, 11, 15, 19
 secret – pages 6, 8, 9, 15
 secret médical – page 6
 sœur – page 9
 soin – pages 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 17, 19, 20, 21
 sortie – pages 1, 13, 17
 souffrance – pages 5, 7
 sperme – page 10
 stérilisation – page 10
 suivi scolaire – page 3
 surveillance – page 5
 tante – page 9
 tiers – pages 6, 8, 13, 16
 tissu – pages 9, 10
 toilette – page 14
 traitement – pages 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 21
 transmission – page 6
 transport – page 5
 tribunal administratif – page 18
 tribunal de grande instance – page 9
 tribunaux – pages 17, 19
 troubles mentaux – pages 3, 13, 22
 tutelle – pages 6, 8, 10, 11
 tuteur – page 8
 urgence – pages 1, 3, 6, 7, 9, 11, 19, 21, 22
 vie – pages 5, 7, 8, 10, 15, 19, 22
 vie digne – pages 5, 19
 vie privée – pages 10, 15, 19, 22
 virus – pages 10, 22
 visiteur – pages 14, 15
 volonté – pages 5, 6, 7, 8, 10, 11
 vulnérabilité – page 15



Éditions Sicom 06042 - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé - Avril 2006



Charte d'Usage des Services Numériques du GHT

Ce document appartient aux établissements du GHT Hope et ne peut être reproduit ou communiqué à des tiers sans autorisation préalable.



Cycle de vie du document

Identification du document	
Référence	CEE_CGE_001
Date	31/05/2023
Version	1.0
Classification	Restreinte

Auteur(s)		
Fonction	Nom	Date
RSSI - GHT	A. HIRSCH	31/05/2023

Relecteur(s)		
Fonction	Nom	Date

Validation		
Fonction	Nom	Date

Historique du document		
Version	Description	Date
1.0	Document initial	31/05/2023

Ce document appartient aux établissements du GHT Hope et ne peut être reproduit ou communiqué à des tiers sans autorisation préalable.



Table des matières

Cycle de vie du document	2
Préambule	5
1. Portée et opposabilité	5
2. Champ d'application.....	5
3. Définitions	5
4. Principes directeurs.....	6
4.1. Usage des services et des ressources numériques	6
4.2. Confidentialité des informations et des données	6
4.3. Disposition législatives et réglementaires.....	7
5. Règles d'utilisation générales.....	7
5.1. Accès aux ressources et aux services numériques.....	7
5.2. Données personnelles de l'utilisateur	8
5.3. Protection du patrimoine numérique	8
5.4. Protection des informations contenues dans les équipements informatiques et les supports amovibles	8
5.5. Protection du matériel	9
5.6. Services de l'Internet.....	9
5.7. Messagerie électronique.....	10
5.8. Messagerie instantanée	10
6. Règles d'utilisation spécifiques	11
6.1. Accès distant et mobilité	11
6.2. Modalités relatives aux missions ou aux fonctions itinérantes	11
6.3. Objets connectés.....	11
6.4. Signature électronique.....	11
7. Conditions d'utilisation spécifiques	11
7.1. Droit à la déconnexion	11
7.2. Modalités relatives au télétravail.....	12
7.3. Nécessité impérieuse de service	12
8. Protection des propriétés intellectuelles, des informations et des données	12
8.1. Données à caractère personnel.....	12
8.2. Propriété intellectuelle et droit à l'image	12
9. Sécurité et cybersurveillance	13
9.1. Signalement.....	13

Ce document appartient aux établissements du GHT Hope et ne peut être reproduit ou communiqué à des tiers sans autorisation préalable.



**Charte d'Usage des Services
Numériques du GHT**

Classification Restreint	Application
Version 1.0	Page 4 sur 15

9.2.	Surveillance des ressources et services numériques	13
9.3.	Traçabilité.....	13
9.4.	Suivi des acquis en matière de sécurité numérique.....	13
10.	Contrôle, maintenance et gestion des services et des ressources numériques	14
10.1.	Opération de maintenance et de contrôle automatisé	14
10.2.	Moyens de télécommunication.....	14
11.	Responsabilités et sanctions	15

Ce document appartient aux établissements du GHT Hope et ne peut être reproduit ou communiqué à des tiers sans autorisation préalable.



Préambule

Les systèmes d'information, de communication et les services numériques sont de plus en plus interconnectés et les réseaux de plus en plus imbriqués, la transformation numérique est à la fois marqueur de progrès et catalyseur de risques. Si les bénéfices apportés par le numérique ne sont plus à prouver, la fiabilité de ces derniers sera garantie à la seule condition que les systèmes soient sécurisés et que les données soient protégées.

De par leurs activités et missions de service public impliquant des prérogatives particulières, les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire – Hôpitaux Publics Euréliens (GHT Hope) doivent garantir un niveau de sécurité adapté aux informations qu'ils sont amenés à traiter.

Prenant en compte les préconisations de l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI) et de la Commission Nationale de L'informatique et des Libertés (CNIL), ce texte s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire en vigueur relatif à la protection des données à caractère personnel, à l'utilisation des logiciels, aux droits et obligations des utilisateurs des services numériques. Il s'inscrit dans les politiques de sécurité du système d'information du GHT.

Les dispositions de la présente charte s'exercent dans le respect de la liberté syndicale et des droits des lanceurs d'alerte.

1. Portée et opposabilité

La présente charte et les modifications ultérieurs qui pourraient intervenir sont intégrées aux outils de Gestion Électronique des Documents (GED, ex : Ennov, Blue Médi Santé). En conséquence, elle s'impose à l'utilisateur (cf. § 3. Définitions) des services numériques (cf. § 3. Définitions).

Elle est initialement communiquée à l'utilisateur lors de la signature de son contrat de travail et fait l'objet d'une communication dans les établissements à chaque modification.

2. Champ d'application

L'objet de la présente charte est d'informer les utilisateurs des services numériques du GHT de leurs droits et obligations.

Elle a été élaborée dans le souci de concilier les intérêts des établissements du GHT, des utilisateurs et des usagers en particulier, de respecter leur vie personnelle, et d'assurer un usage loyal et transparent des services numériques.

Elle décrit ainsi l'ensemble des règles générales et spécifiques que chaque utilisateur doit respecter dans l'utilisation des ressources et services numériques du GHT, de manière à éviter de porter atteinte à la sécurité des établissements, des personnels ou à la sécurité des usagers.

Chaque utilisateur doit être conscient de l'impact de son usage quotidien ou occasionnel sur la sécurité des services numériques, et s'engage à accepter ce règlement dans tous ses éléments et à le respecter dans tous ses termes.

3. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent dans la suite du document :



- **Utilisateur(s)** : tout agent des établissements du GHT, qui est amené à utiliser les services numériques du GHT. Le terme « utilisateur » ne s'applique pas aux prestataires ou aux personnes extérieures dont l'accès aux services susvisés fait l'objet d'un lien contractuel spécifique avec le GHT (contrat de prestation, marchés public, ...).
- **Administrateur** : toute personne (ou groupe de personnes) chargée(s) de l'exploitation, de la maintenance et de la supervision d'un service numérique, ou d'une partie de ce dernier.
- **Services numériques** : ensemble de processus et de ressources permettant d'acquérir, de générer, de traiter, de stocker, de détruire, de diffuser, de transmettre ou d'accéder à des informations électroniques au sein du GHT.
- **Ressources numériques** : ensemble de moyens informatiques et de télécommunications, matériels ou logiciels, que les établissements du GHT mettent à disposition des utilisateurs afin que ceux-ci puissent accomplir leurs tâches professionnelles. Ainsi, les ordinateurs fixes ou portables, les moyens de communication (messagerie, accès à l'Internet, réseaux de transmission voix ou données, téléphones fixes ou portables, télécopieurs, service de visio-conférence, etc.), les équipements de stockage de données (disques durs externes, clés USB, supports optiques tel que le DVD etc.), les données contenues sur les équipements précédemment cités, les applications informatiques et autres logiciels font partie des ressources du système d'information du GHT.

4. Principes directeurs

Il appartient à chacun d'adopter un comportement professionnel et responsable lors de l'utilisation des services et des ressources numériques afin de ne pas perturber ou entraver leur bon fonctionnement, ni entraîner un détournement des activités à des fins non professionnelles ou illégales.

4.1. Usage des services et des ressources numériques

L'ensemble des services et des ressources numériques est mis à disposition des utilisateurs pour un usage professionnel, en tant que moyen utile à l'accomplissement des tâches ou des missions qui leur sont confiées au titre de leur emploi.

L'utilisation à des fins privées des services et ressources numériques est tolérée dans la limite des nécessités de la vie courante.

Cet usage à titre extra-professionnel doit être mesuré et ne peut en aucun cas se faire au détriment des tâches ou missions professionnelles incombant à l'utilisateur. Il ne doit en aucun cas nuire au bon fonctionnement de l'ensemble des ressources numériques des établissements ou à leur image.

4.2. Confidentialité des informations et des données

La protection du patrimoine numérique des établissements et de leurs intérêts suppose le respect par chaque utilisateur d'une obligation de confidentialité à l'égard des informations dont il a connaissance dans l'exercice de ses activités professionnelles. Les agents d'État sont notamment soumis à une obligation particulière de secret professionnel mais également de discrétion.

Dans ce cadre, l'utilisateur se doit de respecter certaines règles :

- L'utilisateur est soumis à une obligation de confidentialité. Il ne doit transmettre aucune information à caractère confidentiel, sans y être formellement autorisé ;



- La diffusion des informations classifiées de santé obéit à des règles restrictives qui relèvent notamment du code pénal ;
- L'utilisateur ne doit pas tenter d'accéder ou de prendre connaissance d'un message électronique qui serait adressé à un autre destinataire sans l'autorisation formelle de ce dernier ;
- En aucun cas, l'utilisateur ne doit révéler à quiconque les moyens d'accès aux services et aux ressources numériques (mots de passe, code PIN, ou tout autre secret d'authentification délivrés pour un usage professionnel) qui sont strictement personnels et inaccessibles.

4.3. Disposition législatives et réglementaires

Les utilisateurs, tout comme les établissements, doivent respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication.

Celles-ci prévoient en particulier les mesures interdisant :

- L'atteinte à la vie privée (exemple : opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, aux origines, au sexe, à l'orientation sexuelle ou identité de genre, à la situation de famille ou l'état de santé, à l'apparence physique, ...)
- Les actes de violence écrite ou verbale ou contraire aux règles éthiques ou aux bonnes mœurs, notamment :
 - o La diffamation et à l'injure ;
 - o Le révisionnisme et l'apologie des crimes, notamment meurtre, viol, crime de guerre et crime contre l'humanité ;
 - o L'incitation aux crimes et délits (exemple : l'incitation au suicide, à la haine ou à la violence) ;
 - o L'atteinte aux mineurs (exemple : exposition à des messages à caractère violent, pornographique ou pédopornographique) ;
 - o L'incitation à la consommation de substances interdites.
- Les atteintes aux systèmes d'information, incluant des actes tels que :
 - o L'accès ou le maintien frauduleux dans un système de traitement automatisé de données ;
 - o La falsification, la modification, la suppression et l'introduction d'information avec l'intention de nuire.
- La violation du secret professionnel ;
- La violation de la propriété intellectuelle et du droit à l'image ;
- Le non-respect de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel.

5. Règles d'utilisation générales

5.1. Accès aux ressources et aux services numériques

Par principe, chaque utilisateur n'a accès qu'aux services ou aux ressources numériques qui lui sont nécessaires dans le cadre de son activité professionnelle. Les droits d'accès à tout ou partie des services ou des ressources numériques reposent sur une identification/authentification de chaque utilisateur qui ne doit en aucun cas chercher à accéder par des moyens détournés ou fortuits à des informations et/ou des ressources pour lesquelles il n'est pas habilité.



Les moyens d'authentification (mots de passe, code PIN ou tout autre moyen d'authentification) aux services ou aux ressources numériques sont strictement personnels et inaccessibles. Le respect de ces principes est de la responsabilité de l'utilisateur.

5.2. Données personnelles de l'utilisateur

Les dispositions de la présente charte s'exercent dans le respect des droits syndicaux et des droits des lanceurs d'alerte.

La conservation de données, de documents, de fichiers et de messages électroniques à titre privé est tolérée dans la limite des nécessités de la vie courante. Ainsi, cela ne doit pas nuire au bon fonctionnement et à la sécurité des services numériques. Enfin les données personnelles de l'utilisateur ne doivent pas contrevenir aux lois et à la réglementation en vigueur (données à caractère injurieux, diffamatoire, raciste, pédopornographique, pornographique, violent, faisant l'apologie du terrorisme ou d'actes illicites, ...).

Ces données sont considérées comme privées dans la mesure où le marquage spécifique « Personnel » est employé pour les identifier explicitement (dans le nom des fichiers, le nom du répertoire de stockage ou dans l'objet du message électronique).

Tout document, contenu ou message électronique qui ne comporterait pas ce message, sera alors considéré comme professionnel. L'établissement propriétaire pourra y avoir accès même en l'absence de l'utilisateur.

L'utilisateur ne doit, en aucun cas transformer et/ou qualifier des données, documents, fichiers ou messages de nature professionnelle en données, documents, fichiers ou messages personnels ou privés.

Au départ définitif d'un utilisateur, ses droits d'accès et habilitations seront suspendus immédiatement. Ses ayants droits ne seront pas autorisés à accéder aux contenus de l'utilisateur à l'exception des données marquées comme personnelles.

5.3. Protection du patrimoine numérique

Les établissements du GHT sauvegarde de manière automatique tout ou partie des données (répertoires, messages électroniques, ...) présentes sur ses services et ressources numériques de manière à en garantir la disponibilité en cas d'incident. Les sauvegardes sont faites sans distinction des répertoires (privés ou non) de l'utilisateur.

L'utilisateur est responsable de la sauvegarde et de la récupération de ses données, ses fichiers, ses documents et ses messages électroniques marqués « Personnel ».

5.4. Protection des informations contenues dans les équipements informatiques et les supports amovibles

Les matériels informatiques et de télécommunications que les établissements du GHT fournissent sont placés sous la responsabilité de l'utilisateur, en tous lieux et en toute circonstance.

À ce titre, l'utilisateur doit utiliser les moyens de protection mis à sa disposition (câble antivol, armoire sécurisée, ...) et appliquer les consignes de sécurité (verrouillage de l'ordinateur, ...) afin de se prémunir contre le vol d'information. Lors de l'utilisation d'équipements nomades ou mobiles (notamment lors de voyages ou déplacements), les risques de compromission potentielle de l'information sont plus



élevés. L'utilisateur doit donc faire preuve d'une vigilance accrue pour en assurer la surveillance. En cas de perte ou de vol, il doit le signaler dans les plus brefs délais à son responsable hiérarchique et à son service informatique, qui lui indiquera la procédure à suivre.

Enfin, l'utilisateur doit faire preuve d'une attention particulière lors de l'emploi des supports amovibles de stockage de masse (clés USB, disques durs externes, ... et limiter autant que possible les supports non fournis par le service informatique. En effet, ces supports peuvent être porteurs de programmes malveillants.

Ainsi, il ne doit pas connecter sur ses équipements informatiques des supports amovibles dont l'origine lui paraît suspecte. À toutes fins utiles, les utilisateurs qui le peuvent, sont invités à faire vérifier la sécurité de leurs matériels amovibles auprès de leur service de support informatique. En cas de perte ou de vol, le service informatique doit être informé et l'agent doit déposer plainte dans les meilleurs délais.

5.5. Protection du matériel

Chaque utilisateur contribue à la protection des informations conservées sur les équipements mis à sa disposition. Dans cette perspective, il se doit notamment de respecter toutes les mesures élémentaires visant à ne pas introduire et diffuser de programmes malveillants, à ne pas entraver le bon fonctionnement des contrôles de sécurité ou y porter atteinte de manière volontaire. En particulier, l'utilisateur s'assure de :

- Ne pas mettre en œuvre d'outils susceptibles de contourner ou d'affaiblir la sécurité des services numériques du GHT ;
- Ne pas stocker, transférer ou transmettre des informations professionnelles, qu'elle qu'en soit leur nature, via des dispositifs non autorisés par le GHT ;
- Ne pas exploiter les éventuelles failles de sécurité, en faire la publicité ou les divulguer à des tiers ;
- Ne pas altérer la configuration de ses équipements notamment en ce qui concerne le paramétrage des dispositifs de sécurité tels que l'antivirus, le pare-feu, le verrouillage de l'écran de veille, ... ;
- Ne pas installer, copier, modifier, supprimer des logiciels sans autorisation.

Seul le matériel mis à disposition par les services informatiques internes peut être connecté aux infrastructures informatiques et de télécommunication du GHT. Le matériel, propriété des prestataires intervenant pour le compte des établissements du GHT et ceux des visiteurs, n'est pas autorisé à y être connecté.

Enfin, l'utilisateur doit restituer tout matériel informatique et de télécommunication confié par les services informatiques (poste de travail portable, téléphone mobile, ...) lorsqu'il quitte définitivement ses fonctions (retraite, démission, ...) ou lorsqu'il change d'affectation.

5.6. Services de l'Internet

L'utilisation d'Internet n'est autorisée que dans le cadre exclusif de l'activité professionnelle. Toutefois, son usage est toléré dans le cadre des nécessités de la vie courante, à condition que son utilisation n'affecte pas les performances des services numériques ou ne perturbe pas le travail de l'agent.



Le GHT bloque ou limite les accès, au travers de dispositifs de filtrage ou de sécurité, des contenus présentant un risque légal, d'image ou d'atteinte à la sécurité des utilisateurs tels qu'un site malveillant, ou incompatible avec l'activité professionnelle.

Les contenus en ligne susceptibles d'entraîner une consommation importante des ressources peuvent également être réglementés par le GHT.

Par ailleurs, l'utilisateur des services d'Internet s'engage à ne pas utiliser les ressources des établissements du GHT pour tenir des propos (oraux, écrits ou comportementaux) qui seraient considérés comme illicites ou contraires à l'ordre public, à ne pas porter atteinte à l'intégrité d'un autre utilisateur ou à sa sensibilité notamment par des messages, textes ou images provocants et à ne pas émettre d'opinion personnelle étrangère à son activité professionnelle ou susceptible de porter préjudice aux GHT. Les utilisateurs sont fortement encouragés à respecter les règles de politesse d'usage sur Internet.

5.7. Messagerie électronique

L'utilisateur se voit attribuer une adresse électronique professionnelle lors de sa prise de fonction. Celle-ci est mise à sa disposition pour un usage strictement professionnel.

Cependant, un usage ponctuel de la messagerie électronique dans le cadre des nécessités de la vie courante est toléré, à condition que cet usage n'affecte pas le trafic normal des messages professionnels. Tous les courriels, reçus ou sauvegardés depuis les ressources et les services numériques du GHT sont présumés être professionnels, à défaut d'avoir été clairement identifiés comme « Personnel » par l'utilisateur.

L'utilisateur ne doit pas transmettre d'information professionnelle sur sa messagerie électronique privée ou celle d'un tiers, ou au travers de services numériques sur Internet, sauf autorisation préalable et écrite de son supérieur hiérarchique ou sauf autorisation express par un accord dans le cadre d'une situation exceptionnelle (par exemple en cas de gestion de crise déclarée ainsi par les services compétents).

Si l'utilisateur reçoit par erreur un message d'un expéditeur connu ou de confiance, dont il n'aurait pas dû être destinataire, toute utilisation, copie ou diffusion, même partielle de ce message est interdite. Il a l'obligation de le détruire et d'en informer immédiatement son expéditeur.

Par ailleurs, l'utilisateur est informé de la mise en place de quotas individuels en terme de capacité de stockage au niveau de chaque boîte aux lettres électronique et d'un filtrage des courriels reçus et envoyés.

En cas d'absence planifiée, l'utilisateur active, dans la mesure du possible, le dispositif de notification d'absence.

5.8. Messagerie instantanée

L'utilisation des messageries instantanées grand public est fortement déconseillée, du fait des risques de captation ou de fuite d'information. Il est recommandé à l'agent d'utiliser les outils collaboratifs mis à disposition par le GHT ou par les services de l'État.

L'utilisateur est informé que l'usage de ces services peut être réglementé de manière plus strict (limitation ou interdiction d'usage) en fonction de son emploi, de sa structure d'accueil ou d'appartenance.



6. Règles d'utilisation spécifiques

6.1. Accès distant et mobilité

En accédant aux services numériques du GHT à distance, l'utilisateur emprunte des infrastructures de télécommunication publiques, non maîtrisées par le GHT et qui, par défaut, sont réputées peu sûres (connexion depuis le domicile à établissement, clés 3G, 4G, 5G, partage de connexion avec le smartphone, ...), voire dangereuses (Wifi public, aéroport, gare, ...). Cet accès ne peut donc se faire que dans un cadre précis :

- L'utilisateur doit utiliser les mécanismes d'accès fournis par le GHT pour se connecter à distance aux ressources du GHT ;
- Le GHT se réserve le droit de conserver et d'analyser les traces relatives aux accès distants des utilisateurs et aux actions effectuées sur les services et les ressources numériques.

6.2. Modalités relatives aux missions ou aux fonctions itinérantes

Les dispositions de la présente charte s'appliquent aux usages en mobilité des services numériques du GHT. Pour des raisons de sécurité, l'accès aux ressources ou aux services numériques en nomadisme peut être limité en accès, voire interdit.

6.3. Objets connectés

Les objets connectés personnels (montres, écouteurs sans fil, smartphones, ...) utilisés à titre privé ne doivent pas être branchés/connectés aux équipements professionnels. L'utilisateur doit être conscient que l'introduction de ces appareils peut engendrer des risques supplémentaires tels que la captation d'informations, la géolocalisation des biens et des personnes, ou la propagation de programmes malveillants.

L'utilisateur est informé que l'utilisation de ce type de matériel peut être réglementée de manière plus stricte (limitation ou interdiction d'usage).

6.4. Signature électronique

La signature électronique est un mécanisme permettant de garantir l'intégrité d'un document électronique et d'en authentifier l'auteur. Elle a une valeur légale et produit des effets juridiques qui peuvent être équivalents aux signatures manuscrites.

7. Conditions d'utilisation spécifiques

7.1. Droit à la déconnexion

Il convient de respecter les périodes de congés ou d'interruption de travail durant lesquelles les agents ne sont pas censés répondre aux sollicitations de leur employeur.

Au demeurant, ces sollicitations ne peuvent se justifier qu'en raison des nécessités de services pour faire face à une situation d'urgence (à apprécier selon les fonctions exercées).

L'usage de la messagerie électronique ou du téléphone, en dehors des horaires de travail, doit se faire en respectant la vie privée du destinataire et de l'émetteur ainsi que le droit à la déconnexion du destinataire et de l'émetteur, sauf pour faire face à une situation d'urgence.



7.2. Modalités relatives au télétravail

Le télétravail fait l'objet de modalités définies réglementairement par arrêté du 31 juillet 2019 portant application du décret n°2016-151 du 11 février 2016 modifié et fixant les modalités de mise en œuvre du télétravail. Les établissements du GHT publient leur Charte de mise en œuvre du télétravail au sein du Centre Hospitalier.

7.3. Nécessité impérieuse de service

En cas d'absence prolongée, l'accès aux ressources informatiques de l'utilisateur (messagerie électronique, base collaborative, répertoire réseau, poste de travail, ou tout service numérique ou matériel informatique et de communication), peut être autorisé en cas de nécessité par son supérieur hiérarchique. Ce dernier doit pour cela en faire la demande expresse au responsable de l'administrateur du système, et en informer en parallèle le responsable des ressources humaines.

Dans tous les cas, l'intéressé est averti au préalable, dans toute la mesure du possible, des demandes d'autorisation d'accès à ses ressources.

8. Protection des propriétés intellectuelles, des informations et des données

8.1. Données à caractère personnel

Tout traitement de données doit être mis en œuvre conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) et la loi dite « Informatique et Libertés ». L'utilisateur s'engage à préserver les données à caractère personnel, traitées par les services numériques du GHT. La perte, la destruction ou la divulgation frauduleuse, accidentelle ou non autorisée de données personnelles pourraient avoir des conséquences graves pour le GHT.

L'utilisateur se doit de :

- Respecter les finalités définies, explicites et légitimes d'un traitement de données à caractère personnel ;
- Protéger les données personnelles afin qu'elles ne soient pas utilisées par des personnes non autorisées ou habilités, ni divulguées, supprimées ou détruites, perdues, volées, même de manière accidentelle (cela suppose le contrôle rigoureux de la diffusion de données à caractère personnel à destination de tiers extérieurs au GHT) ;
- Lorsqu'une application permet la saisie de données dans un champ libre, celles-ci doivent être objectives, non excessives et conformes à la finalité du traitement ;
- Respecter et donc ne pas contourner, ni désactiver, les mesures techniques, organisationnelles et juridiques, prises par le GHT pour assurer la protection des données à caractère personnel.

Les manquements à la réglementation en vigueur peuvent donner lieu à des sanctions à l'encontre des établissements du GHT de la part de la CNIL.

8.2. Propriété intellectuelle et droit à l'image

En dehors des cas d'usages autorisés dans le cadre de ses missions au sein du GHT, l'utilisateur s'interdit de produire, de collecter ou de transmettre des données, des fichiers, des logiciels, des applications, des messages, des œuvres ou des contenus protégés, quel qu'en soit le support, la nature ou la forme (par exemple des photographies, des dessins, des écrits, des enregistrements musicaux ou



de vidéo, des images, des logos, des logiciels, ...), dans le respect du droit de propriété intellectuelle, du droit à l'image ou du droit à la vie privée.

L'attention de l'utilisateur est appelée sur les poursuites pénales et/ou civiles dont lui-même et ou les établissements pourraient faire l'objet du fait de la rediffusion, par quelque moyen que ce soit, de messages répréhensibles captés sur Internet ou de l'utilisation, de la diffusion, voire du simple enregistrement informatique, d'œuvres ou de données en contravention avec les législations existantes ou sans l'autorisation des titulaires des droits.

9. Sécurité et cybersurveillance

9.1. Signalement

L'utilisateur se doit de signaler dans les plus brefs délais tout constat, tentative ou soupçon de violation de ses droits d'accès à son service informatique de proximité lequel sera chargé d'avertir sans tarder les acteurs responsables de la sécurité des services et des ressources numériques. La participation des utilisateurs à la détection d'anomalies et d'un incident de sécurité sur les services numériques est déterminante dans la rapidité de mise en œuvre des mesures de protection.

En cas de perte ou de vol de moyens d'authentification, de matériels, l'utilisateur doit en informer sans délai son supérieur hiérarchique et le service informatique de proximité et mettre en œuvre les démarches nécessaires, notamment pour limiter l'accès aux données professionnelles et aux services numériques du GHT.

9.2. Surveillance des ressources et services numériques

Pour garantir la sécurité des services et des ressources numériques et la protection des informations nécessaires au bon fonctionnement des établissements, ces derniers peuvent, sans préavis, limiter ou bloquer l'accès à certains services numériques, sites Web, ressources ou à certaines parties de l'Intranet, à tous ou bien certains utilisateurs, pour une durée indéterminée.

Il met en œuvre des mécanismes de filtrage et d'analyse du trafic réseau, même chiffré (HTTPS). Des moyens de déchiffrement pourront être appliqués à l'ensemble des flux de connexion des utilisateurs, à l'exception de ceux qui seront inclus au sein d'une « liste blanche de sites ». Ce traitement permettra l'identification de logiciels malicieux, la protection du patrimoine informationnel ou la détection de flux sortants anormaux de nature à porter atteinte à l'intégrité du système d'information du GHT. Les données collectées sont conservées pour une durée maximale de 6 mois.

Il est interdit de les contourner ou de tenter de les contourner, sous peine de sanction.

9.3. Traçabilité

Pour garantir une traçabilité et être en mesure de fournir des preuves, notamment en cas d'enquête judiciaire ou administrative ou d'autocontrôle, les établissements conservent, en fonction de la finalité et des durées fixées par les textes applicables, les journaux d'accès et d'utilisation générés dans les services ou ressources numériques qu'il met en œuvre. Cette conservation est réalisée dans le respect des dispositions réglementaires relatives à la protection des données personnelles.

9.4. Suivi des acquis en matière de sécurité numérique

Les établissements informent les utilisateurs des campagnes de sensibilisation à la sécurité des services numériques et de vérification générale de leur bonne utilisation qu'ils organisent. Les résultats de ces campagnes seront anonymisés et en pourront pas conduire à une sanction quelconque.

Ce document appartient aux établissements du GHT Hope et ne peut être reproduit ou communiqué à des tiers sans autorisation préalable.



10. Contrôle, maintenance et gestion des services et des ressources numériques

10.1. Opération de maintenance et de contrôle automatisé

Une opération de maintenance s'inscrit dans le cadre d'une opération programmée de maintien en bon état de fonctionnement des moyens considérés. La maintenance peut être opérée par des personnels internes ou des prestataires extérieurs, aussi bien sur le lieu de travail, à distance (télémaintenance) ou encore au domicile de l'utilisateur (cas particulier du télétravail).

Les ressources numériques du GHT font l'objet de contrôles ayant comme unique finalité d'assurer la sécurité et la continuité des ressources et des données des établissements. En cas d'événement ou d'anomalie liés à la sécurité ou la continuité de ses systèmes, les établissements s'autorisent à prendre toutes les mesures nécessaires pour en identifier les causes.

Les établissements se réservent le droit de consulter de manière exceptionnelle le contenu des documents, des fichiers ou des messages identifiés « Personnel » de l'utilisateur en cas de risque de mise en péril de son activité (par exemple la présence de code malveillant, ou dans le cas d'une enquête judiciaire en cours).

La collecte de données personnelles sera limitée aux informations nécessaires à la sécurité des services et des ressources numériques. Ces données sont conservées pour une durée maximale de 6 mois après collecte.

Les éléments découverts à l'occasion d'une opération de contrôle ou de maintenance sont susceptibles de constituer des moyens de preuves licites contre les agissements d'un utilisateur.

L'utilisateur s'engage à ne pas entraver toute opération de contrôle ou de maintenance effectuée par les services informatiques du GHT. En outre, toute personne physique a le droit d'accéder aux données personnelles qui la concernent.

10.2. Moyens de télécommunication.

La mise à disposition au bénéfice de l'utilisateur d'une ligne téléphonique, fixe et/ou mobile, conduit les établissements à disposer des données relatives à l'utilisation de ces moyens de communication, que ces données soient issues des autocommutateurs téléphoniques ou de leur transmission par l'opérateur auprès desquels les établissements sont client.

Les smartphones, pouvant être mis à disposition de l'utilisateur par les établissements, entrent dans ce cadre. Ces matériels qui permettent, de plus, le stockage de données, l'accès à Internet et à la messagerie électronique professionnelle sont également soumis aux dispositions du présent document.

Des contrôles sont effectués pour détecter les lignes inutilisées ou les consommations anormales et déclencher éventuellement des analyses détaillées. Par ailleurs, des analyses globales portant sur les volumes de consommations et des coûts sont effectuées en vue d'optimisation économique.

En cas d'abus ou de dépassement non justifié de forfait, l'établissement se réserve la possibilité d'enquêter.



11. Responsabilités et sanctions

Le non-respect des règles d'utilisation et des mesures de sécurité figurant dans la présente charte est susceptible de justifier la suspension immédiate, sur décision du chef de service, de l'utilisation de tout ou partie des services et des ressources numériques.

L'agent dispose de la possibilité d'exercer un recours hiérarchique contre cette décision ou d'exercer les voies de recours dont il dispose devant le juge administratif.

Le non-respect des règles d'utilisation et des mesures de sécurité figurant dans la présente charte est susceptible d'entraîner l'engagement de poursuites disciplinaires adaptées à la gravité des agissements constatés, sans préjudice d'éventuelles actions pénales ou civiles à l'encontre de l'utilisateur.