



SAINT AFFRIQUE

REGLEMENT INTERIEUR

DU CENTRE HOSPITALIER « Emile BOREL »

de SAINT AFFRIQUE

CENTRE HOSPITALIER EMILE BOREL - 88 Avenue du Docteur Lucien GALTIER
12400 SAINT-AFFRIQUE
Téléphone : 05 65 49 70 22

25 Octobre 2011
Approuvé en Conseil de Surveillance en séance du 27 octobre 2011

S O M M A I R E

INTRODUCTION	1
L'ORGANISATION AMINISTRATIVE	8
1.1 – Directeur	8
1.2 – Conseil de Surveillance.....	10
1.2.1 – Composition	10
1.2.2 – Compétence.....	11
1.2.3 – Fonctionnement	12
1.3. – Directoire	14
1.3.1 – Composition	14
1.3.2 – Compétence.....	14
1.3.3 – Fonctionnement	14
1.4. – La Commission Médicale d'Etablissement	15
1.4.1 – Composition	15
1.4.2 – Compétence.....	16
1.4.3 – Fonctionnement	18
1.5. – Le Comité Technique d'Etablissement.....	19
1.5.1 – Composition	19
1.5.2 – Compétence.....	19
1.5.3 – Fonctionnement	20
1.6. – Dispositions communes à la Commission Médicale d'Etablissement et au Comité Technique d'Etablissement.....	21
1.7. – La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques	
1.7.1 – Composition	21
1.7.2 – Compétence.....	22
1.7.3 – Fonctionnement	23
1.8. – Organes consultatifs spécialisés.....	23
1.8.1 – Commissions Administratives Paritaires Locales	23
1.8.2 – Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	24
1.8.3 - Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales	25
1.8.4 – Autres instances consultatives	26
1.9. – Communicabilité des documents administratifs.....	27
1.10. – Contractualisation interne	27
1.11. – Démarche qualité et gestion des risques	28

L'ORGANISATION MEDICALE	29
2.1. – Code de déontologie.....	29
2.2. – Pôles d'activité.....	29
2.3. – Responsables de ces différentes structures.....	29
2.3.1 – Les chefs de pôle.....	29
2.3.2 – Les responsables des structures internes.....	30
2.4. – Contrat et projet de pôle.....	30
2.4.1 – Le contrat de pôle.....	30
2.4.2 – Le projet de pôle.....	31
2.5. – Corps médical : catégories.....	31
2.5.1 – Praticiens hospitaliers à temps plein.....	31
2.5.2 – Praticiens des hôpitaux à temps partiel.....	32
2.5.3 – Praticiens attachés.....	32
2.5.4 – Praticiens contractuels.....	32
2.5.5 – Internes et étudiants.....	33
2.6. – Pharmacie.....	34
2.7. – Sages femmes.....	36
2.8. – Organisation de la permanence des soins.....	36
2.9. – Interventions chirurgicales.....	36
2.9.1 – Les différents intervenants.....	36
2.9.2 – La charte du bloc opératoire.....	36
2.9.3 – Le conseil du bloc opératoire.....	36
2.10. – Visite médicale quotidienne.....	37
2.11. – Permanence médicale des soins – Permanence sur place ou d'astreinte.....	37
2.12. – Groupement de Coopération Sanitaire.....	37
2.13. – Activité libérale.....	38
2.14. – Demi-journées d'activité d'intérêt général.....	38
2.15. – Département d'Information Médicale.....	38
2.15.1 – Fonctionnement.....	38
2.15.2 – Traitement automatisé des informations nominatives – droit d'accès.....	38
2.16. – Dossier médical.....	39
DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES	40
3.1. – Dispositions générales.....	40
3.1.1 – Principe du libre choix du malade.....	40
3.1.2 – Accès aux soins des personnes démunies.....	40
3.1.3 – Livret d'accueil.....	40
3.1.4 – Mode d'admission.....	41
3.1.5 – Décision préfectorale.....	41
3.1.6 – Admissions en urgence.....	41
3.1.7 – Transfert après premiers secours ou admission.....	41
3.1.8 – Information à la famille et aux proches.....	42
3.1.9 – Refus de soins et d'hospitalisation d'un malade.....	42
3.1.10 – Dépôts des objets de valeur.....	42
3.1.11 – Responsabilité de l'établissement.....	43
3.1.12 – Restitution des objets.....	43
3.1.13 – Régimes d'hospitalisation.....	43

3.1.14 – Dissimulation du visage dans l'espace public.....	44
3.1.14.1 – Les éléments constitutifs de la dissimulation du visage dans l'espace public.....	44
3.1.14.2 – La portée de l'interdiction	44
3.1.14.3 – Les exceptions légales	44
3.2. – Dispositions particulières	44
3.2.1 – Consultations externes en activité libérale	44
3.2.2 – Prise en charge des frais d'hospitalisation	44
3.2.3 – Femmes enceintes.....	45
3.2.3.1 – Admissions.....	45
3.2.3.2 – Hospitalisation sous X	45
3.2.4 – Militaires.....	45
3.2.4.1 – Admission hors les cas d'urgence	45
3.2.4.2 – Admission en urgence	45
3.2.5 – Mineurs	46
3.2.5.1 – Autorisation parentale.....	46
3.2.5.2 – Interruption Volontaire de Grossesse.....	46
3.2.5.3 – Admission.....	46
3.2.5.4 – Autorisation d'opérer – Refus de soins	46
3.2.5.5 – Mineur relevant d'un service départemental de l'aide à l'enfance	46
3.2.5.6 – Objets de valeur	47
3.2.5.7 – Accompagnants.....	47
3.2.6 – Incapables majeurs – Gestion des biens.....	47
3.2.7 – Etrangers – Admission	47
3.2.8 – Malades toxicomanes – Secret de l'hospitalisation à la demande de l'hospitalisé et admission.....	47
3.2.9 – Maladies à déclaration obligatoire.....	47
3.2.10. – Accueil des malades – Livret d'accueil	48
3.2.11– Délivrance de soins palliatifs	48
3.3. – Conditions de séjour	48
3.3.1 – Information du malade sur les soins et sur son état de santé	48
3.3.2 – Information de la famille et des proches	49
3.3.3 – Modalités d'exercice du droit de visite	49
3.3.4 – Comportement des visiteurs.....	51
3.3.5 – Horaires des visites.....	50
3.3.6 – Horaires des repas – Repas aux accompagnants	50
3.3.7 – Détermination des menus	51
3.3.8 – Déplacement et comportement des hospitalisés – désordres.....	51
3.3.9 – Hygiène à l'hôpital.....	51
3.3.10 – Effets personnels – Jouets personnels.....	51
3.3.11 – Vaguemestre – Téléphone	51
3.3.12 – Télévision et radio	52
3.3.13 – Service social.....	52
3.3.14 – Exercice du culte.....	52
3.4. – Sorties	52
3.4.1 – Préparation de la sortie	52
3.4.2 – Autorisations de sortie.....	52
3.4.3 – Formalités de sortie.....	53
3.4.4 – Sortie contre avis médical	53
3.4.5 – Sortie disciplinaire	53
3.4.6 – Sortie après refus de soins.....	53
3.4.7 – Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation.....	53
3.4.8 – Sortie clandestine des malades (fugue)	54
3.4.9 – Sortie des nouveau-nés	54

3.4.10 – Questionnaire de satisfaction	54
3.4.11 – Sortie par transport en ambulance	54
3.5. – Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades	54
3.5.1 – Conservation du dossier médical	54
3.5.2 – Communication du dossier médical.....	54
3.5.3 – Envoi d'un dossier médical succinct.....	55
3.5.4 – Information au médecin traitant.....	55
3.5.4.1 – Information médicale à l'arrivée du malade	55
3.5.4.2 – Information en cours d'hospitalisation.....	55
3.5.4.3 – Information à la sortie du malade.....	55
3.5.5 – Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale.....	55
3.5.6 – Communication des résultats d'examens anatomo et cyto-pathologiques.....	56
des malades hospitalisés et des consultants externes	56
3.5.7 – Communication des radiographies et examens d'imagerie médicale	56
3.6. – Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés	56
3.6.1 – Constat de décès	56
3.6.2 – Notification du décès.....	56
3.6.3 – Déclaration d'enfant sans vie	57
3.6.4 – Indices de mort violente ou suspecte	57
3.6.5 – Toilette mortuaire et inventaire après décès.....	57
3.6.6 – Sortie du corps du service.....	57
3.6.6.1 – Vers la chambre mortuaire	57
3.6.6.2 – Vers la chambre funéraire	57
3.6.6.3 – Vers le domicile	58
3.6.7 – Transport de corps après mise en bière	59
3.6.8 – Autopsie.....	59
3.6.9 – Prélèvements d'organes.....	59
3.6.10 – Inhumation	59
3.6.11 – Mesures de police sanitaire.....	59
3.7. – Afflux massif de victimes.....	59
3.8. – Dispositions propres au service de personnes âgées du	
Centre Hospitalier de Saint Affrique.....	60
3.8.1 – Etablissements – catégories d'hébergement.....	60
3.8.2 – Conseil de la Vie Sociale.....	60
3.8.3 – Règlement de fonctionnement	61
3.8.4 – Contrat de séjour	61

DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL **62**

4.1. – Obligations.....	62
4.1.1 – Nécessité de service	62
4.1.2 – Assiduité et ponctualité du personnel.....	62
4.1.3 – Exécution des ordres reçus.....	62
4.1.4 – Information du supérieur hiérarchique de tout incident.....	63
4.1.5 – Conservation en bon état des locaux, matériels et effets	63
4.1.6 – Interdiction de pourboires.....	63
4.1.7 – Interdiction d'exercer une activité privée lucrative	63
4.1.8 – Identification du personnel	64
4.1.9 – Tenue vestimentaire de travail	64
4.1.10 – Tenue et comportement correct exigé.....	64
4.1.11 – Lutte contre le bruit	65
4.1.12 – Interdiction de fumer	65
4.1.13 – Dispositions relatives à l'alcool sur les lieux de travail.....	65

4.1.14 – Relations avec les usagers	65
4.1.14.1 – Comportement.....	65
4.1.14.2 – Liberté de conscience, d'opinion et principe de neutralité	65
4.1.15 – Relations avec les proches	66
4.1.15.1 – Accueil.....	66
4.1.15.2 – Libre choix, information du malade et non discrimination à l'encontre d'un membre du personnel	66
4.1.15.3 – Respect du libre choix des familles.....	66
4.1.16 – Secret professionnel	66
4.1.17 – Obligation de discrétion professionnelle	67
4.1.18 – Interdiction des réunions publiques au Centre Hospitalier	67
4.1.19 – Informatique	67
4.2. – Droits	67
4.2.1 – Temps de travail et autorisations d'absence.....	67
4.2.2 – Gardes et astreintes.....	67
4.2.3 – Exercice du droit syndical.....	68
4.2.4 – Droit de grève	68
4.2.5 – Consultation du dossier administratif.....	68
4.2.6 – Livret d'accueil du personnel.....	68
4.3. – Divers	69
4.3.1 – Accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires	69
4.3.2 – Effets et biens personnels – Responsabilités	69
REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION	70
5.1. – Sécurité incendie	70
5.2. – Voies de circulation.....	70
5.3. – Règles de circulation.....	70
5.4. – Stationnement.....	70
5.5. – Responsabilité	71
5.6. – Sanctions.....	71
DISPOSITIONS DIVERSES	72
6.1. – Approbation du règlement intérieur.....	72
6.2. – Mise à disposition du règlement intérieur	72
6.3. – Mise à jour du règlement intérieur.....	72

ANNEXES

- . ANNEXE 1 – Charte de la personne hospitalisée
- . ANNEXE 2 – Charte de l'enfant hospitalisé
- . ANNEXE 3 – Charte du bloc opératoire
- . ANNEXE 4 – Organigramme fonctionnel du centre hospitalier
- . ANNEXE 5 – Composition des différentes commissions :
 - o Conseil de surveillance
 - o CME
 - o C. A. P. L.
 - o Commission de formation
 - o Directoire
 - o Cellule Assurance Qualité et Gestion des Risques
 - o Commission de communication
 - o Conseil de Direction
 - o Conseil de Direction élargi
 - o Référents vigilance et gestion des risques
 - o CCOVIRISQ
 - o Cellule identito-vigilance
 - o C. S. I. R. M. T.
 - o Commission de l'organisation et de la permanence des soins.
 - o C. O. M. E. D. I. M. S.
 - o C. L. I. N.
 - o C. L. A. N.
 - o C. L. U. D.
 - o C.R.U.Q.P.C
- . ANNEXE 6 – Règlement intérieur du Directoire
- . ANNEXE 8 – Règlement intérieur du C. T. E.
- . ANNEXE 6 – Règlement intérieur de la C.M.E
- . ANNEXE 8 – Règlement intérieur du Conseil de Surveillance
- . ANNEXE 7– Règlement intérieur de la C. S. I. R. M. T.
- . ANNEXE 9 – Règlement intérieur du C. H. S. C. T.
- . ANNEXE 8 – Règlement intérieur de la CRUQ PC
- . ANNEXE 10 – Protocole Gestion de planning de garde médicale
- . ANNEXE 11 – Charte informatique
- . ANNEXE 12 – Règlement intérieur du C. V. S.
- . ANNEXE 13 – Convention constitutive du G. C. S.
- . ANNEXE 14 – Livret d'accueil

L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

1.1. - Directeur (Code Santé Publique Articles L 6143-7 - D 6143-33 à D 6143-5)

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement.

Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement.

Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement.

Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques.

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

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger.

Il peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature.

Après concertation avec le directoire, le directeur :

- ◆ Conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- ◆ Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, 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 ;
- ◆ Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- ◆ Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- ◆ Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- ◆ Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- ◆ Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité ;
- ◆ Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération ou de réseau prévus aux articles L 6132-1 à L 6133-1 du code de la santé publique ;

- ◆ Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- ◆ Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance [n° 2004-559](#) du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;
- ◆ Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- ◆ Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi [n° 93-122](#) du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- ◆ Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- ◆ A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- ◆ Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article [L. 6143-3](#) ;
- ◆ Arrête le plan blanc de l'établissement.

1.2. - Conseil de Surveillance (Code Santé Publique Articles L 6143-1 – R 614-3-1 à R 6143-16)

1.2.1 - Composition :

Le conseil de surveillance du Centre Hospitalier de SAINT AFFRIQUE, composé de neuf membres, comprend :

1° Au titre des représentants des collectivités territoriales :

- a) Le maire de la commune siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne ;
- b) Un représentant d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre dont la commune siège de l'établissement est membre ou, à défaut, un autre représentant de la commune siège de l'établissement principal ;
- c) Le président du conseil général du département siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne ;

2° Au titre des représentants du personnel :

- a) Un membre de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, désigné par celle-ci ;
- b) Un membre désigné par la commission médicale d'établissement ;
- c) Un membre désigné par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement ;

3° Au titre des personnalités qualifiées :

- a) Une personnalité qualifiée désignée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- b) Deux représentants des usagers désignés par le représentant de l'état dans le département parmi les associations agréées par l'autorité administrative compétente.

Assistent également avec voix consultative :

- le vice président du directoire,
- le directeur général de l'agence régionale de santé,
- le directeur de la caisse d'assurance maladie,
- un représentant des familles des personnes accueillies.

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

1° A plus d'un titre ;

2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles [L. 5](#) et [L. 6](#) du code électoral ;

3° S'il est membre du directoire ;

4° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public ;

5° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles [L. 1110-11](#), [L. 1112-5](#) et [L. 6134-1](#), ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles [L. 6142-3](#), L. 6142-5 et [L. 6154-4](#) ou pris pour l'application des articles [L. 6146-1](#), L. 6146-2 et [L. 6152-1](#) ;

6° S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;

7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

La durée des fonctions de membre de conseil de surveillance est de cinq ans. Le mandat des membres du conseil de surveillance prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant.

Le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois, ces membres continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée.

Le mandat des membres désignés sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives expire lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement. Toutefois, ils continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

Les membres des conseils de surveillance qui tombent sous le coup des incompatibilités ou incapacités démissionnent de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification.

Si un membre cesse ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il est pourvu, dans le délai de trois mois, à son remplacement dans les mêmes conditions. Dans ce cas, le mandat du nouveau membre prend fin à la date où aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.

1.2.2 - Compétence :

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

- ◆ Le projet d'établissement ;
- ◆ La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article [L. 6142-5](#) ;
- ◆ Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- ◆ Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que 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.

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 aux articles [L. 6148-2](#) et L. 6148-3 ;
- ◆ le règlement intérieur de l'établissement.

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

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article [L. 6145-16](#), 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.

1.2.3 - Fonctionnement :

Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées.

Il se réunit au moins quatre fois par an sauf si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur, sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.

Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques.

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil de surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative. En cas d'urgence, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être abrégé par le président.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

Le président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le conseil de surveillance est réuni à nouveau dans un délai compris entre trois et huit jours.

Le conseil de surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assistent à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion, qui doit avoir lieu dans un délai de trois à huit jours, est réputée valable quel que soit le nombre des membres présents.

Dans ce cas, le conseil de surveillance peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une réunion ultérieure.

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Les fonctions de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit. Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions.

Les membres représentant les usagers bénéficient, pour l'exercice de leur mandat, du congé de représentation prévu à l'[article L. 3142-51 du code du travail](#).

Les membres du conseil de surveillance ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Les délibérations sont conservées dans un registre, au secrétariat de direction, sous la responsabilité du président du directoire. Ce registre est tenu à la disposition des membres du conseil de surveillance et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.

Les délibérations sont transmises sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé. Celui-ci peut se faire représenter au conseil de surveillance.

Les membres du conseil de surveillance reçoivent un compte rendu de séance dans les quinze jours suivant chaque réunion.

Le conseil de surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le directeur de l'établissement. Le secrétariat du conseil de surveillance est assuré à la diligence de ce dernier.

1.3 - Directoire (Code Santé Publique Articles L 6147-7-3 à L 6143-7-5 et D 6143-35-1 à D 6143-35-2)

1.3.1 - Composition :

Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Il comporte sept membres :

- le directeur, président du directoire ;
- le président de la commission médicale d'établissement, vice-président.
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- 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 commission médicale d'établissement ; en cas de désaccord, constaté par le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.

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

1.3.2 - Compétence :

Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

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

Il coordonne la politique médicale de l'établissement.

1.3.3 - Fonctionnement :

La concertation prévue à [l'article L. 6143-7](#) se déroule à l'initiative et selon des modalités définies par le président du directoire.

En outre, celui-ci le réunit au moins huit fois par an, sur un ordre du jour déterminé.

1.4. - Commission Médicale d'Établissement (Code Santé Publique Articles R 6144-3 à L 6144-6 et article n°2 du décret 2010-439 du 30 avril 2010) conformément à la loi Hôpital Patients Santé Territoire

1.4.1 - Composition :

La composition de la commission médicale d'établissement qui comprend des membres de droit, des membres élus sera fixée par le règlement intérieur de chaque établissement (article R-6144-3-2 du CSP).

Chaque établissement hospitalier déterminera dans son règlement intérieur la répartition et le nombre de sièges de la CME de l'établissement. Ils devront assurer une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement. Il revient donc à chaque établissement de définir dans son règlement intérieur sa propre composition de CME en considération des spécificités de l'établissement. Toutefois cette liberté doit respecter quelques règles conformément à l'article R.6144-3 du CSP :

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement sont membres de droit de la CME ;
- Des membres élus assurent la représentation :
 - des responsables des structures internes ;
 - services ou unités fonctionnelles ;
- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
- Un représentant élu des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
- Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale.

Assistent en outre avec voix consultative :

- Le président du directoire ou son représentant ;
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique ;
- Le praticien responsable de l'information médicale ;
- Le représentant du comité technique d'établissement, 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 président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

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.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle. Toutefois le règlement intérieur peut prévoir une exception à cette règle si l'effectif médical de l'établissement le justifie.

1.4.2 - Compétences :

A. A titre principal, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

L'article L.6144-1 du CSP précise que la CME, dans chaque établissement de santé, 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.

A ce titre, la CME propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ PC).

Le décret du 30 avril 2010 précise, en cette matière, les compétences de la CME.

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, en ce qui concerne notamment (art. R 6144-2 CSP) :

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

La CME contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, à savoir (art. R.6144-2 du CSP) :

- 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, en ce qui concerne les urgences et les 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.

En conséquence, la CME (art. R.6144-2-2 du CSP) propose au directeur le programme d'action en matière de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers :

- ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le CPOM. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi ;

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

- La CME élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du Directeur Général de l'ARS.

B. La CME demeure une instance consultative à part entière qui est à la fois consultée et informée

La commission médicale d'établissement est consultée sur :

- ◆ Le projet médical de l'établissement ;
- ◆ Le projet d'établissement ;
- ◆ Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- ◆ Le règlement intérieur de l'établissement ;
- ◆ Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux ;
- ◆ La convention constitutive du CHU, le cas échéant.
- ◆ Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- ◆ Le plan de développement professionnel continu (en ce qui concerne les professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques) ;
- ◆ Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.

La commission médicale d'établissement est informée sur :

- ◆ L'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats ;
- ◆ Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement ;
- ◆ Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- ◆ Les contrats de pôles ;
- ◆ Le bilan annuel des tableaux de service ;
- ◆ La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- ◆ L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir ;
- ◆ Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- ◆ L'organisation interne de l'établissement ;
- ◆ La programmation de travaux et les aménagements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

1.4.3 - 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 définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions suivantes.

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.

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.

Sous – commissions:

- Comité de liaison en alimentation et nutrition (circulaire DHOS/E1/n° 2002/186 du 29 mars 2002)
- Comité de lutte contre la douleur (CSP article L 112-4)
- Commission de l'organisation et de la permanence des soins
- Commission locale de surveillance des gaz médicaux
- Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- Commission de coordination des vigilances et des risques

1.5. - Comité Technique d'Etablissement (Code Santé Publique Articles L 6144-3 à L 6144-7 et R 6144-40 à R 6144-81)

1.5.1 – Composition :

Le comité technique d'établissement comprend, outre le directeur ou son représentant, président, 10 membres représentant le personnel non médical, élus par collège, sur des listes élaborées par les syndicats représentatifs :

- représentant des agents de catégorie A : 1 membre
- représentants des agents de catégorie B : 3 membres
- représentants des agents de catégorie C : 6 membres

Il comporte un nombre égal de suppléants, et un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement, avec voix consultative.

1.5.2 – Compétence :

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

1° Les projets de délibération soumises au conseil de surveillance, le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement ;

2° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;

3° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;

4° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;

5° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;

6° 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 ;

7° Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ainsi que de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, et des décisions concernant les actions de coopération.

1.5.3 – Fonctionnement :

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Le comité technique d'établissement se réunit au moins une fois par trimestre.

Les réunions ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité est réuni dans un délai d'un mois.

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

Lorsqu'ils ne siègent pas avec voie délibérative, les membres suppléants peuvent assister aux séances du comité dans la limite d'un représentant par organisation syndicale, sans pouvoir prendre part aux débats ni aux votes.

L'ordre du jour est fixé par le président.

Le président du comité, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour. Les experts n'ont pas voix délibérative.

Le médecin du travail assiste avec voix consultative, lorsque l'ordre du jour comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail.

Le président peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que ceux-ci puissent prendre part aux votes.

Le comité élit un secrétaire parmi les membres titulaires.

Un procès-verbal est établi, signé par le président et le secrétaire, et transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante.

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 le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents.

Le comité émet des avis ou des vœux 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. Le président ne prend pas part au vote.

En cas de partage des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement.

Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

Le comité doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du président à chacun des membres, des suites données à ses avis ou vœux.

Les séances du comité ne sont pas publiques.

Les membres titulaires et suppléants du comité et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité. Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par la réglementation.

1.6. – Dispositions communes à la Commission Médicale d'Établissement et au Comité Technique d'Établissement (Code Santé Publique Articles R 6144-82 à R 6144-85)

Ces deux instances peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes.

A l'issue de ces délibérations, elles émettent des avis distincts.

Elles peuvent, à la majorité des deux tiers de leurs membres respectifs, demander au directeur des explications sur des faits affectant de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement.

Un rapport conjoint peut, à la demande de la même majorité qualifiée, être établi.

1.7. - Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (Code Santé Publique Articles L 6146-9 - R6146-10 à R6146-16)

1.7.1 - Composition :

Cette commission comprend :

- Des membres de droit ayant voix délibérative :
 - ↳ Le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, président,
 - ↳ Des représentants élus des différentes catégories de personnes qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
 - Collège des cadres de santé : 2 membres
 - Collège des personnels infirmiers, de rééducation ou médico-techniques : 4 membres
 - Collège des aides-soignants : 2 membres
- Des membres avec voix consultative :
 - ↳ Un représentant de la commission médicale d'établissement,

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

Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Le président du directoire arrête la liste des membres composant la commission.

Le règlement intérieur de l'établissement fixe les modalités du scrutin, notamment les conditions du vote par correspondance. (R6146-13)

1.7.2 - Compétence :

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée pour avis sur :

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

Elle est informée sur :

1° Le règlement intérieur de l'établissement,

2° La mise en place de la procédure prévue pour la participation de la médecine libérale au service public hospitalier,

3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

4° Le recrutement par contrat de médecins, sages femmes, odontologistes exerçant à titre libéral ainsi que les auxiliaires médicaux. Cf article L.6146-2

1.7.3 - Fonctionnement :

La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du directeur général de l'agence régionale de santé.

L'ordre du jour est fixé par le président de la commission.

Chaque membre titulaire absent ou excusé doit veiller à ce que son suppléant soit présent.

La commission délibère valablement lorsque au moins la moitié des membres élus sont présents.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au directoire.

1.8. - Organes consultatifs spécialisés

1.8.1 - Commissions administratives paritaires locales : (Décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003)

Elles sont instituées par l'assemblée délibérante et sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement, gérés au niveau local.

Il existe neuf commissions distinctes selon la catégorie et la filière professionnelle dont relève le fonctionnaire :

- 3 commissions pour les corps de catégorie A
- 3 commissions pour les corps de catégorie B
- 3 commissions pour les corps de catégorie C

Chacune de ces commissions est constituée d'un groupe unique, ce dernier étant lui-même composé de sous-groupes rassemblant les corps, grades et emplois hiérarchiquement équivalents.

Les Commissions Administratives Paritaires sont constituées à la suite des élections des représentants des personnels qui ont lieu tous les 4 ans ; ce délai peut être prorogé ou diminué d'un an.

Elles comprennent, en nombre égal, d'une part des représentants des administrateurs ou fonctionnaires de catégorie A, d'autre part, des représentants élus par le personnel. Le directeur ne peut y siéger.

Les Commissions Administratives Paritaires sont compétentes sur toutes les questions individuelles, et notamment la titularisation, l'avancement, la carrière, l'avancement et la notation du fonctionnaire. Un membre de la Commission Administrative Paritaire ne peut se prononcer sur le cas d'un autre agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur son propre cas.

Les réunions ont lieu au moins deux fois par an. Les séances ne sont pas publiques.

La présidence est assurée par le président de l'assemblée délibérante ou, en cas d'absence, parmi les représentants de l'administration membres de l'assemblée délibérante ou, à défaut, parmi les fonctionnaires de catégorie A dans l'ordre de désignation.

Le secrétariat est assuré par l'établissement ; un secrétaire adjoint est désigné pour chaque séance au sein de la commission parmi les représentants du personnel.

1.8.2 - Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (décret n° 85-946 du 16 août 1985) :

Le CHSCT comprend des membres ayant voix délibérative et des membres à titre consultatif.

- Membres à voix délibérative :
 - Le directeur, ou son représentant, président,
 - Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement,
 - Quatre représentants du personnel non médical.

- Membres à titre consultatif :
 - Le médecin du travail
 - Les membres du conseil de direction
 - L'infirmière hygiéniste
 - Un contrôleur de sécurité
 - Le responsable des services techniques
 - Un suppléant par organisation syndicale est autorisé à participer aux séances

Il a pour mission :

- l'analyse des risques professionnels et des conditions de travail,
- de procéder à des inspections, leur nombre étant au moins égal à celles des réunions ordinaires du CHSCT,
- d'effectuer des enquêtes en matière d'accidents de travail ou des maladies professionnelles ou à caractère professionnel,
- de contribuer à la prévention des risques professionnels.

Il donne son avis sur des documents se rattachant à sa mission et sur le règlement intérieur.

Le CHSCT est consulté :

- avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail, et notamment avant toute transformation importante des postes de travail ;
- sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidents du travail ou des travailleurs handicapés, et sur l'aménagement des postes de travail.

Le CHSCT est appelé à donner son avis au moins une fois par an sur le rapport écrit présenté par le chef d'établissement faisant état du bilan de la situation d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans l'établissement et concernant l'année écoulée, ainsi que sur le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail pour l'année à venir.

Le CHSCT se réunit au moins une fois par trimestre. Le secrétaire est élu par les représentants du personnel au sein du Comité.

L'ordre du jour est fixé par le président et le secrétaire. Il est transmis à tous les membres et à l'inspecteur du travail au moins 15 jours avant la date de la réunion.

1.8.3 - Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005) :

- Composition :

Au Centre Hospitalier Emile Borel, il comporte 22 membres dont :

- Le président ou vice-président de la commission médicale d'établissement, ou son représentant,
- Le directeur ou son représentant,
- Le médecin responsable de la médecine du travail,
- Le directeur du service des soins ou son représentant,
- Un pharmacien,
- Un biologiste de l'établissement,
- Deux membres proposés par la commission médicale d'établissement,
- Le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène,
- Le médecin responsable de l'information médicale,
- Un membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène désigné par celle-ci en son sein,
- Un infirmier désigné par la commission du service de soins infirmiers, de réadaptation ou médico-techniques,
- Cinq professionnels paramédicaux ou médico-techniques,
- Cinq professionnels choisis parmi les médecins, pharmaciens, sages-femmes dont un médecin spécialiste en épidémiologie ou en maladies infectieuses,

Un représentant des usagers siégeant au conseil de surveillance assiste avec voix consultative, à la séance du comité au cours de laquelle sont discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions.

- Compétence :

Il a pour mission :

- ◆ La prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux lié aux soins, notamment par l'élaboration et la mise en oeuvre 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 ;
- ◆ Le bon usage des antibiotiques.

Il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.

Il prépare, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales.

Il élabore le rapport annuel d'activité de lutte contre les infections nosocomiales, qui comporte le bilan des activités et un tableau de bord composé d'indicateurs. Ce bilan et ce tableau de bord (établis selon un modèle défini par arrêté) sont transmis annuellement, par le représentant légal de l'établissement de santé, à l'agence régionale de santé et au centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales.

Il définit, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et les indicateurs adaptés aux activités de l'établissement de santé permettant l'analyse et le suivi des risques infectieux liés aux soins.

Le comité est consulté 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.

Pour exercer ses missions dans le domaine de la gestion du risque infectieux, cette instance s'appuie sur les compétences techniques et l'expertise de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.

Le CLIN s'inscrit dans les coopérations engagées sur le bassin.

- Fonctionnement :

Il est présidé par un praticien hospitalier élu à la majorité simple de ses membres.

Le mandat des membres prend fin en même temps que les fonctions au titre desquelles ils ont été désignés. La durée des mandats du pharmacien, du biologiste, des membres proposés par la Commission Médicale d'Etablissement, du personnel infirmier de l'équipe opérationnelle d'hygiène, des professionnels choisis parmi les médecins, pharmaciens, sages-femmes est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Le comité se réunit au moins trois fois par an.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Le comité peut entendre toute personne compétente, appartenant ou non à l'établissement, sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Il est attribué au comité les moyens nécessaires à son fonctionnement.

Chaque établissement de santé constitue une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière comportant le personnel, notamment médical, pharmaceutique et infirmier nécessaire à la mise en oeuvre des actions de lutte contre les infections nosocomiales.

1.8.4 - Autres instances consultatives :

D'autres commissions réglementaires existent dans l'établissement :

- Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CSP article L 1112-3)
- Cellule assurance qualité et gestion des risques
- Commission d'optimisation des ressources et des investissements
- Conseil de vie sociale (Loi 2002-2 du 2 janvier 2002)

Ont été également mis en place au Centre Hospitalier :

- Commission de la formation
- Commission communication
- Conseil de direction
- Conseil de direction élargi
- Equipe opérationnelle d'hygiène
- Cellule d'identito-vigilance
- Commission des menus
- Commission RABC
- Commission HACCP
- Commission de choix

1.9. - Communicabilité des documents administratifs (Loi 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée, décret n° 2001-493 du 06 juin 2001, décret n° 2005-1755 du 30 décembre 2005 relatif à la liberté d'accès aux documents administratifs et à la réutilisation des informations publiques)

La loi autorise la communication de documents administratifs non nominatifs.

Lorsqu'il s'agit d'un agent, la demande écrite doit être adressée à la Direction par la voie hiérarchique. La direction répond en application de la réglementation en vigueur.

La personne responsable de l'accès aux documents administratifs est le directeur de l'établissement.

1.10. - Contractualisation interne (Code Santé Publique Article 6146-1 – décret n° 2010-656 du 11 juin 2010)

Les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur.

Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation périodique entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement.

1.11. - Démarche qualité et gestion des risques (décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005)

Le centre hospitalier Emile Borel a mis en place une politique visant à l'amélioration continue de la qualité des soins et des prestations qu'il réalise, des pratiques professionnelles, et de l'organisation.

Il s'est donné pour objectifs :

- être en adéquation avec l'évolution des technologies et des pratiques
- respecter la législation et la réglementation en vigueur
- tendre vers un système d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins doté de la traçabilité nécessaire
- impliquer les professionnels à tous les stades de la démarche qualité
- gagner la confiance de l'ensemble du public du bassin sud-aveyron
- satisfaire à la procédure de certification
- obtenir la reconnaissance externe de la qualité des soins

La politique qualité obéit à deux axes prioritaires :

- améliorer la qualité des prestations réalisées lors de la prise en charge coordonnée des patients,
- garantir la sécurité tout au long de sa prise en charge.

1 – maintenir une dynamique qualité :

- décliner un programme qualité dans le management des pôles
- enrichir le dispositif d'évaluation par de nouveaux indicateurs
- mettre en œuvre l'accompagnement méthodologique de la cellule qualité
- assurer la communication permanente des équipes
- développer la communication autour de la certification
- organiser et accompagner la phase d'auto évaluation
- former les équipes de soins à l'évaluation des pratiques professionnelles
- élaborer un programme d'évaluation des pratiques professionnelles – validation CME

2 – structurer la gestion des risques :

- formaliser et décliner un programme gestion des risques au niveau des pôles
- mettre en œuvre une coordination des risques
- développer des indicateurs
- pérenniser la culture de signalement des événements indésirables
- élaborer un document unique

Le suivi de la démarche qualité est réalisé à partir des indicateurs nationaux et régionaux tels que les : IPACQSS – ICALIN – ICATB – CCREVI... et d'indicateurs mis en évidence lors de la certification (enquête satisfaction patient, évaluation qualitative et quantitative de l'activité, évaluation des pratiques professionnelles....)

L'ORGANISATION MEDICALE

2.1. - Code de déontologie (décret n° 95-1000 du 06 septembre 1995)

Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

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

Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, Il doit garantir le secret médical.

La communication du dossier médical au patient peut être obtenue à la demande et avec l'accord formel de la personne concernée, par l'intermédiaire du médecin désigné à cet effet (voir chapitre 3.5).

2.2. - Pôles d'activité (Code Santé Publique Article L 6146-1)

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées.

Chaque pôle est coordonné par un chef de pôle.

2.3. - Responsables de ces différentes structures (Code Santé Publique Articles L 6146-1 - R 6146-1 à 6146-5)

2.3.1 - Les chefs de pôle :

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, pour une période de quatre ans, renouvelable.

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical.

Le chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle

2.3.2 - Les responsables de structures internes :

Ils sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement.

2.4. - Contrat et projet de pôle (Code Santé Publique Articles R 6146-8 à 6146-9)

2.4.1 - Le contrat de pôle :

Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, il définit les objectifs notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignées au pôle, ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

Le contrat de pôle définit également le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

- Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents,
- Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux,
- Dépenses à caractère hôtelier,
- Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical,
- Dépenses de formation de personnel.

Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

- Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle,
- Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux,
- Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière,
- Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle,
- Affectation des personnels au sein du pôle,
- Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique,
- Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Le contrat de pôle est conclu pour une période de quatre ans.

2.4.2 - Le projet de pôle :

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

Le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle.

Le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.

2.5. - Corps médical : catégories

2.5.1 - Praticiens hospitaliers temps plein : (Code Santé Publique Articles R 6152-1 à R 6154-10-3)

Les praticiens relevant de la présente section, en position d'activité, consacrent la totalité de leur activité professionnelle à l'établissement de santé

Le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.

Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par le Service Public Hospitalier.

Ils peuvent participer aux actions d'enseignement, de prévention, de recherche, de vigilance, de travail et réseau, de conseil.

Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Les personnels médicaux à temps plein doivent, entre autres :

- assurer les services du matin et de l'après-midi,
- participer aux services de gardes et d'astreintes,
- effectuer, si besoin est, les remplacements imposés par divers congés,
- assurer la permanence médicale des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical,
- participer aux jurys de concours et d'examens organisés par le ministère de la santé, ainsi qu'à l'enseignement et à la formation des personnels hospitaliers,
- tenir un dossier individuel par malade et renseigner les documents nécessaires à l'évaluation de l'activité.

Les praticiens hospitaliers doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances. Leur formation continue est organisée par la commission médicale d'établissement.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique établie en fonction des caractéristiques propres aux différents services ou départements est arrêtée annuellement par le directeur d'établissement après avis de la commission médicale d'établissement. Un tableau de service nominatif, établi sur cette base, est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure.

Les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent participer à des activités extérieures d'intérêt général ; il peut être également autorisé à exercer une activité libérale.

2.5.2 - Praticiens des hôpitaux à temps partiel : (Code Santé Publique Articles R 6152-201 à R 6152-277)

Le service normal hebdomadaire des praticiens des hôpitaux est fixé à six demi-journées. Il peut être ramené à cinq ou quatre demi-journées pour certains postes, lorsque l'activité hospitalière le justifie.

Les praticiens à temps partiel participent, par ailleurs, aux services de gardes et astreintes de nuit, des dimanches et jours fériés et sont tenus de répondre aux appels d'urgence. Ils participent également à la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS)

2.5.3 - Praticiens attachés :(Code Santé Publique Articles R 6152-601 à R 6152-631)

Placés sous l'autorité du responsable de la structure médicale, odontologique ou pharmaceutique, dans laquelle ils sont affectés, ils sont chargés de le seconder.

Les praticiens attachés sont recrutés par le directeur de l'établissement sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne d'affectation après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Les praticiens attachés sont recrutés pour un contrat d'une durée maximale d'un an, renouvelable dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre mois.

Les praticiens attachés peuvent en plus de leurs obligations habituelles, être appelés, selon leur discipline et concurremment avec les autres praticiens de l'établissement :

- à participer aux différents services de gardes et astreintes de nuit, dimanches et jours fériés,
- à assurer les remplacements imposés par les différents congés ou absences exceptionnelles des praticiens de l'établissement,
- à répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de leurs horaires normaux de service.

Les praticiens attachés consacrent au service hospitalier auquel ils sont affectés le nombre de demi-journées hebdomadaires fixées par leur contrat telles qu'elles figurent au tableau de service. Ces obligations de service sont comprises entre une et dix demi-journées hebdomadaires.

2.5.4 - Praticiens contractuels : (Code Santé Publique Articles R 6152-401 à R 6152-421)

Les établissements publics de santé peuvent recruter des médecins, des pharmaciens et des odontologistes en qualité de praticiens contractuels à temps plein ou de praticiens contractuels à temps partiel dans les cas et conditions suivants :

- Pour exercer des fonctions temporaires en vue de faire face à un surcroît occasionnel d'activité de l'établissement public de santé. La durée d'engagement ne peut excéder six mois par période de douze mois ;
- Pour assurer, en cas de nécessité de service, le remplacement de praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, lors de leurs absences ou congés statutaires et dont le remplacement ne peut être assuré dans les conditions prévues par leurs statuts. Le contrat peut être conclu pour une période maximale de six mois renouvelable dans la limite d'une durée totale d'engagement d'un an ;

- Pour occuper, en cas de nécessité de service et lorsqu'il s'avère impossible d'opérer un tel recrutement en application des dispositions statutaires en vigueur, un poste de praticien à temps plein ou à temps partiel resté vacant à l'issue de chaque procédure statutaire de recrutement. Le contrat peut être conclu pour une période maximale de six mois renouvelable dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans ;
- Pour exercer des fonctions temporaires liées à des activités nouvelles ou en voie d'évolution nécessitant des connaissances hautement spécialisées. Le contrat peut être conclu par périodes maximales de six mois renouvelables dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans.

Un même praticien ne peut bénéficier, au sein du même établissement, de recrutements successifs en qualité de praticien contractuel au titre d'un ou de plusieurs des alinéas ci-dessus que pour une durée maximale de trois ans.

Des praticiens contractuels peuvent également être recrutés pour assurer certaines missions spécifiques, temporaires ou non, nécessitant une technicité et une responsabilité particulières et dont la liste est définie par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé. Le contrat peut être conclu pour une période maximale de trois ans, renouvelable par reconduction expresse. La durée des contrats conclus successivement ne peut excéder six ans. Si, à l'issue de la période de reconduction, le contrat du praticien est renouvelé sur le même emploi dans le même établissement, il ne peut l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée.

Le recrutement d'un praticien contractuel doit être compatible avec le projet médical de l'établissement.

Le service hebdomadaire des praticiens contractuels exerçant à temps plein est fixé à dix demi-journées hebdomadaires,

Le service hebdomadaire des praticiens contractuels à temps partiel correspond à une quotité comprise entre quatre et neuf demi-journées hebdomadaires.

Les praticiens contractuels sont recrutés par le directeur de l'établissement public de santé sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont relève le praticien, du président de la commission médicale d'établissement et, dans le délai de trente jours, du directeur général de l'agence régionale de santé. Celui-ci vérifie notamment que le recrutement est compatible avec le projet médical de l'établissement.

2.5.5 - Internes et étudiants : (Code Santé Publique Articles R 6153-1 à R 6153-92)

Les internes en médecine exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont ils relèvent.

Les obligations de service sont fixées à onze demi-journées par semaine dont deux consacrées à la formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre.

Les internes reçoivent sur le lieu d'affectation, en sus d'une formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.

Les internes participent au service de gardes et astreintes et dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue du responsable de service ou de l'un de ses collaborateurs, docteurs en médecine.

En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des opérations ou interventions que dans les conditions précisées à l'article 2.9 ci-après.

Les internes, résidents et faisant fonction d'internes, affectés dans les services de laboratoire et d'électroradiologie, sont chargés, par le responsable du service, de l'exécution des analyses et examens complémentaires demandés par les autres services, tant pour le diagnostic que pour le traitement des malades.

Au centre hospitalier de Saint Affrique, les internes peuvent participer à une garde de premier niveau, qui couvre l'ensemble des sites du centre hospitalier.

2.6. - Pharmacie (Code Santé Publique Articles L 5126-5 - R 6126-8 à R6126-23)

La gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien. Il est responsable du respect de celles des dispositions ayant trait à l'activité pharmaceutique.

Les pharmaciens exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur doivent exercer personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des personnels spécialisés qui sont attachés à la pharmacie à usage intérieur à raison de leurs compétences. Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.

La pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement où elle est créée et notamment :

-d'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, 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 ainsi que des dispositifs médicaux stériles et, le cas échéant, des médicaments expérimentaux tels que définis à l'article L. 5121-1-1 et d'en assurer la qualité ;

-de mener ou de participer 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, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;

-de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

Les pharmacies à usage intérieur disposent de locaux, de moyens en personnel, de moyens en équipements et d'un système d'information leur permettant d'assurer l'ensemble des missions suivantes :

1° La gestion, l'approvisionnement, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi que des dispositifs médicaux stériles ;

2° La réalisation des préparations magistrales à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques ;

3° La division des produits officinaux.

En outre, sous réserve de disposer des moyens en locaux, personnel, équipements et systèmes d'information nécessaires, les pharmacies à usage intérieur peuvent être autorisées à exercer les activités prévues aux articles L. 5126-5 et L. 5137-2, notamment :

1° La réalisation des préparations hospitalières à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques ;

2° La réalisation des préparations rendues nécessaires par les recherches biomédicales mentionnées à l'article L. 5126-11, y compris la préparation des médicaments expérimentaux mentionnée à l'article L. 5126-5 ;

3° La délivrance des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales mentionnés à l'article L. 5137-2 ;

4° La stérilisation des dispositifs médicaux dans les conditions prévues par le décret mentionné à l'article L. 6111-1 ;

5° La préparation des médicaments radio pharmaceutiques ;

6° L'importation de médicaments expérimentaux ;

7° La vente de médicaments au public dans les conditions prévues à l'article L. 5126-4 ;

8° La réalisation de préparations magistrales ou hospitalières, la reconstitution de spécialités pharmaceutiques ainsi que la stérilisation de dispositifs médicaux pour le compte d'autres établissements ou de professionnels de santé libéraux, dans les conditions prévues aux cinquième et sixième alinéas de l'article L. 5126-2 et à l'article L. 5126-3.

La comptabilité matière de la pharmacie est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité. La tenue de cette comptabilité est exclusive de tout maniement de fonds.

Chaque établissement de santé constitue en son sein un comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

Le décret n ° 2005-1023 du 24 août 2005 prévoit qu'un contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L 162-22-7 soit conclu, pour une durée de cinq ans, entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le représentant légal de l'établissement après avis de la commission médicale d'établissement.

Ce contrat fixe son calendrier d'exécution et mentionne les objectifs quantitatifs et qualitatifs ainsi que les indicateurs de suivi et de résultats attendus nécessaires à son évaluation périodique.

2.7. - Sages-femmes (Code Santé Publique Article L 4151-1)

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

Dans ce cadre, elles relèvent de l'autorité de la sage-femme responsable de l'équipe.

Les sages-femmes sont aussi habilitées à pratiquer la prise en charge de la surveillance post interventionnelle pour les actes pratiqués en salle d'accouchement et dans le cadre d'accouchements par voie basse (article D 712-49 du décret 94-1050 du 05 décembre 1994).

Les sages femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leurs compétences.

2.8. - Organisation de la permanence des soins (arrêté du 30 avril 2003 – chapitre IV, article 11)

Le tableau de service est arrêté avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant, par le directeur, sur proposition du responsable de l'unité fonctionnelle conformément à l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique arrêté annuellement par le directeur après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.

2.9. - Interventions chirurgicales

2.9.1 - Les différents intervenants

Les chirurgiens – praticiens hospitaliers, praticiens adjoints contractuels et attachés doivent *procéder eux-mêmes à toutes les opérations*

2.9.2 - La charte du bloc opératoire

La charte du bloc opératoire jointe en annexe 3 précise l'organisation du bloc opératoire pour garantir la continuité et la qualité des soins.

2.9.3 - Le conseil du bloc opératoire

Le conseil du bloc opératoire veille à l'application de la charte du bloc opératoire.

Il est composé de personnels médicaux et soignants.

Sa composition est la suivante :

- * Le cadre responsable du bloc
- * Le chef de service
- * Un chirurgien viscéral
- * Un chirurgien orthopédiste
- * Les médecins anesthésistes
- * Un médecin gastro entérologue
- * Un gynécologue obstétricien
- * Un médecin spécialiste
- * Une IBODE
- * Une IADE
- * Une AS
- * Une infirmière de SSPI
(ou leur remplaçant)

Membres consultatifs :

- * Le Directeur ; le Président du CLIN ; le responsable de l'EOH ; la DSSI

2.10. - Visite médicale quotidienne

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement, chaque matin. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant le déjeuner des malades. Le responsable d'unité fonctionnelle organise, si nécessaire, une contre-visite.

Les dimanches et jours fériés, la continuité des soins est organisée dans le cadre des gardes et astreintes médicales.

2.11. - Permanence médicale des soins – Permanence sur place ou d'astreinte

Le service de permanence sur place ou d'astreinte a pour objet d'assurer pendant chaque nuit ou pendant la journée du dimanche ou des jours fériés la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

Le système de garde ou d'astreinte de nuit débute à 18 h 30 et s'achève à 8 h 30. L'astreinte du week-end commence le samedi à 13 h 30.

Les dimanches et jours fériés, le service d'astreinte de jour commence à 8 h 30 et s'achève à 18 h 30.

L'organisation générale de la permanence des soins est arrêtée par le directeur du Centre Hospitalier après avis de la Commission Médicale d'Etablissement sur proposition de la commission de l'organisation et de la permanence des soins (annexe n° 9).

Les médecins en permanence sur place sont appelés au moyen des téléphones qui leur sont attribués.

Les médecins en astreinte à domicile sont appelés par les services de l'hôpital sur leur téléphone portable (appel à répéter si besoin) ou sur leur téléphone fixe.

2.12. - Groupement de Coopération Sanitaire (Code Santé Publique Articles L 6133- 1 à L 6133-2 - R 6133-1 à R 6133-9)

Un groupement de coopération sanitaire est constitué pour permettre aux praticiens libéraux de participer au service public hospitalier dans le respect de leur statut libéral conformément aux dispositions du code de la santé publique, dans les disciplines suivantes :

- Gastroentérologie,
- Ophtalmologie,
- Cardiologie,
- Radiologie
- Neurologie
- ORL

Il a pour objet :

- d'assurer la coordination et le développement de l'activité de consultations spécialisées et de l'activité ambulatoire du service public hospitalier en permettant l'intervention des praticiens libéraux auprès des usagers du service public ;
- d'assurer la permanence des soins par la participation des praticiens libéraux dans les conditions prévues au règlement intérieur.
- de faciliter la mise à disposition de moyens autorisant une complémentarité publique-libérale de l'offre de soins médicale.

2.13. - Activité libérale (Code Santé Publique Articles L 6154-1 à L 6154-7 - R 6154-1 à R 6154-10-3)

Certains membres du corps médical ont la possibilité d'exercer une activité libérale. Celle-ci est réglementée. Elle est réservée aux praticiens hospitaliers temps plein et doit être matérialisée par un contrat d'activité libérale soumis aux instances de l'établissement. Cette activité fait l'objet d'un contrôle annuel par la commission de l'activité libérale. Le tarif pratiqué par le praticien, dans le cadre de son activité libérale doit être affiché dans la salle d'attente de l'unité fonctionnelle.

Le temps consacré à ces activités est porté sur le tableau de service.

2.14. - Demi-journées d'activité d'intérêt général (Code Santé Publique Articles R 6152-30 – décret 82-1149 du 29 décembre 1982, modifié)

Les praticiens hospitaliers exerçant leur activité à temps plein peuvent, dans le cadre fixé par la réglementation, consacrer deux demi-journées hebdomadaires à des activités d'intérêt général.

Si un praticien consacre deux demi-journées par semaine à des activités d'intérêt général, il ne peut exercer d'activité libérale.

Le temps consacré à ces activités est porté sur le tableau de service.

2.15. - Département d'Information Médicale

2.15.1 - Fonctionnement :

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

Le département d'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 des systèmes d'information. Le médecin chef de chaque service est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. Il est destinataire de toutes les données statistiques concernant son service.

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

2.15.2 - Traitement automatisé des informations nominatives – droits d'accès :

Le Centre Hospitalier de Saint Affrique recourt aux traitements automatisés d'informations nominatives dans le cadre de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Le droit d'accès s'exerce dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements mis en œuvre.

Toute modification des droits d'accès doit être autorisée par le directeur ou son représentant (directeur des ressources financières et de l'information), chargé des relations avec la C.N.I.L.

De plus, le patient a la possibilité d'accéder à son dossier administratif informatisé comme le prévoit la loi du 17 juillet 1978 modifiée.

2.16. - Dossier médical

Un dossier médical unique informatisé doit être mis en place. Les droits d'accès en sont gérés par le D. I. M.

Il comprend les informations réglementaires et est subdivisé en trois parties :

- données administratives,
- données médicales,
- données de soins infirmiers.

Il est accessible, pour la partie qui le concerne, au personnel médical et non médical de l'unité dans laquelle est hospitalisé le patient, sous la responsabilité du médecin responsable d'unité fonctionnelle. Il est accessible par l'ensemble du corps médical de l'établissement sous réserve de l'avis du chef de service concerné. Les données administratives sont accessibles par les services administratifs, notamment le bureau des entrées.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES

Loi n° 92-614 du 06 juillet 1992 — Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974

3.1. - Dispositions générales

3.1.1 - Principe du libre choix du malade :

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, les contraintes liées à l'organisation du service et par les disponibilités en lits de l'établissement conformément aux tableaux de service.

3.1.2 - Accès aux soins des personnes démunies :

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

L'établissement a mis en place en conséquence une permanence d'accès aux soins de santé 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.

3.1.3 - Livret d'accueil :

Il est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein de l'hôpital un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du centre hospitalier de Saint-Affrique. Le résumé de la charte du patient hospitalisé est inclus dans le livret d'accueil (annexe n° 13), et affiché dans tous les services. Le texte intégral est disponible au sein de chaque pôle, à la demande du patient. Un questionnaire de satisfaction est remis à chaque patient avant sa sortie. Le livret d'accueil fait également mention de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (règlement intérieur : annexe n° 28), de son fonctionnement et des interlocuteurs auxquels les plaignants peuvent s'adresser. Les noms et coordonnées des représentants des usagers, membres de la commission des relations avec les usagers pour la qualité et la prise en charge sont également tenus à leur disposition à l'accueil de l'hôpital.

Ce livret mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il soit tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande.

3.1.4 -Mode d'admission :

L'admission au Centre Hospitalier de Saint Affrique est prononcée par le Directeur ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

Elle est décidée, hors des cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de 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 doit verser une provision correspondant au montant prévisionnel de ces frais de séjour.

3.1.5 - Décision préfectorale :

En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Préfet.

3.1.6 - Admissions en urgence :

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le Directeur ou son représentant doit prononcer son admission, même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement ; plus généralement, il prend toutes les mesures pour que ces soins urgents soient assurés.

3.1.7 - Transfert après premiers secours ou admission :

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que :

- l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas,
- ou lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier,

le Directeur ou son représentant doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

3.1.8 - Information à la famille et aux proches :

Toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille ou les proches des malades ou blessés hospitalisés en urgence soient prévenus, sous la réserve de l'accord du patient compris s'il est mineur, par le cadre de santé ou l'infirmier(e) responsable du malade, dans le respect des dispositions qui suivent.

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications médicales - telles que diagnostic et évolution de la maladie - ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par les cadres de santé et infirmières diplômées d'Etat aux membres de la famille. Le patient ou son représentant légal désigne la ou les personnes qu'il souhaite voir informées, la personne de confiance.

3.1.9 - Refus de soins et d'hospitalisation d'un malade :

Tout malade ou blessé qui refuse, soit les soins, soit de rester dans l'établissement, soit les deux, et qui a reçu toutes les informations nécessaires sur son état de santé et notamment les risques encourus doit signer une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des risques encourus et traduisant expressément ce refus ; à défaut, un procès-verbal de refus est dressé mentionnant les risques qu'il encourt sauf si des raisons réglementaires s'y opposent (mineurs, certains majeurs protégés, hospitalisations sans consentement).

3.1.10 - Dépôts des objets de valeur (Loi du 06 juillet 1992) :

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

A cette occasion une information écrite et orale est donnée à la personne admise ou hébergée ou à son représentant légal, concernant les règles régissant les dépôts d'objets ou de valeur, le régime de la responsabilité de l'établissement, ainsi que le sort réservé aux objets non réclamés. La personne admise ou hébergée ou son représentant légal certifie avoir reçu cette information. La mention de la déclaration afférente est conservée par l'établissement.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur des hospitalisés peuvent être effectués soit en les mains d'un régisseur de recettes de l'établissement, soit à la Trésorerie principale, contre délivrance d'un reçu. En dehors des heures de présence d'un régisseur, les valeurs sont déposées au coffre par le cadre de garde. Elles auront été auparavant placées dans une enveloppe scellée sur laquelle seront apposées les signatures de l'hospitalisé et d'un témoin.

Si le malade ou le blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et vêtements dont le malade ou blessé est porteur, est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement (cadre infirmier) et l'accompagnant (à défaut un membre du personnel), et le dépôt des valeurs est effectué par le représentant de l'établissement.

Aucun agent du centre hospitalier ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des malades.

Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur des recettes disposant d'un coffre-fort à cet effet (admissions).

Pour les objets qui ne sont pas de valeur, se référer au point 3.6.5.

3.1.11 - Responsabilité de l'établissement :

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

La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

3.1.12 - Restitution des objets :

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade au bureau des entrées, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

Le malade peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé.

Les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie de leur détenteur, à la Caisse des Dépôts et Consignations, s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

3.1.13 - Régimes d'hospitalisation :

Seul le régime commun est actuellement appliqué au Centre Hospitalier de Saint-Affrique. Le Conseil de Surveillance peut toutefois décider l'application d'un régime particulier conformément aux textes en vigueur.

Ce choix doit être formulé par écrit dès l'entrée, par le malade lui-même ou son accompagnant, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix, notamment en ce qui concerne les honoraires médicaux, dont le montant sera fixé par entente directe entre le malade et le praticien.

Le patient ou ses proches sont informés des modalités de sa prise en charge administrative, des tarifs et du montant de sa participation financière éventuelle.

3.1.14 – Dissimulation du visage dans l'espace public :

3.1.14.1 – Les éléments constitutifs de la dissimulation du visage dans l'espace public

La dissimulation du visage dans l'espace public est interdite à compter du 11 avril 2011 sur l'ensemble du territoire de la République, en métropole comme en outre-mer. Cette infraction est constituée dès lors qu'une personne porte une tenue destinée à dissimuler son visage et qu'elle se trouve dans l'espace public ; ces deux conditions sont nécessaires et suffisantes.

3.1.14.2 – La portée de l'interdiction

Les tenues destinées à dissimuler le visage sont celles qui rendent impossible l'identification de la personne. Il n'est pas nécessaire, à cet effet, que le visage soit intégralement dissimulé.

Sont notamment interdits, sans prétendre à l'exhaustivité, le port de cagoules, de voiles intégraux (burqa, niqab...), de masque ou de tout autre accessoire ou vêtement ayant pour effet, pris isolément ou associé avec d'autres de dissimuler le visage. Dès lors que l'infraction est une contravention, l'existence d'une intention est indifférente : il suffit que la tenue soit destinée à dissimuler le visage.

3.1.14.3 – Les exceptions légales

L'interdiction ne s'applique pas « si la tenue est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels ». Les motifs professionnels concernent notamment le champ couvert par l'article L.. 4122-1 du code du travail aux termes duquel « *les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Elles sont adaptées à la nature des tâches à accomplir.* »

Enfin, l'interdiction ne s'applique pas « *si elle s'inscrit dans le cadre de pratiques sportives, de fêtes ou de manifestations artistiques ou traditionnelles* ». Ainsi, les processions religieuses, dès lors qu'elles représentent un caractère traditionnel, entrent dans le champ des exceptions à l'interdiction posée par l'article 1^{er}. Au titre des pratiques sportives figurent les protections du visage prévues dans plusieurs disciplines.

3.2. - Dispositions particulières

3.2.1 - Consultations externes en activité libérale :

Les consultations publiques demeurent la règle générale ; en outre, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers.

Le patient, en consultation externe, doit être informé des conditions particulières de ces consultations privées, des prix pratiqués, du mode de paiement et exprimer son choix pour ce mode de consultation.

3.2.2 - Prise en charge des frais d'hospitalisation :

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

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier et éventuellement le ticket modérateur, restent à la charge de l'hospitalisé sous réserve des accords de tiers payant conclus entre l'établissement et les mutuelles ou complémentaires privées.

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des Pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre doivent présenter leur carnet de soins gratuits à l'administration de l'établissement pour copie.

3.2.3 - Femmes enceintes :

3.2.3.1 – Admissions

Le Directeur ou son représentant ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission d'une femme enceinte ou récemment accouchée dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement et dans le mois qui suit l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement. L'admission relève du point 3.2.2 ou du point 3.2.7 sauf dans le cas suivant :

3.2.3.2 - Hospitalisation sous X

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

Le Directeur ou son représentant (la sage femme ou l'assistante sociale) doit alors informer de cette admission le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

3.2.4 - Militaires :

3.2.4.1 - Admission hors les cas d'urgence

Les militaires sont hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par l'article 21 du décret n° 74.431 du 14 mai 1974.

3.2.4.2 - Admission en urgence

Si le Directeur ou son représentant (directeur d'astreinte) est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission au Chef du corps d'affectation de l'intéressé ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, toutes mesures doivent être prises pour qu'il soit évacué sur l'Hôpital des Armées le plus proche.

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

3.2.5 - Mineurs :

3.2.5.1 - Autorisation parentale : Code civil Article 371-2 et Code de la Santé Publique Article L.1111-4 et L.1111-5

Elle est normalement nécessaire aux différents niveaux (admission, soins, acte opératoire, sortie). A titre tout à fait exceptionnel, dans certains cas où les parents, qui auront été contactés par téléphone, ne peuvent se déplacer, il pourra être admis qu'une autorisation parentale confirmant leur accord soit transmise à l'établissement par télécopie. La procédure à utiliser est décrite dans le cahier de garde des cadres et directeurs.

Cependant, la Loi n° 2000-303 du 04 mars 2002 a modifié le statut du mineur et l'autorité parentale, puisque le mineur peut s'opposer à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret de son état de santé.

3.2.5.2 - IVG : Code de la Santé Publique Article L.2212-4 et L.2212-7

Une femme mineure non émancipée peut garder le secret vis à vis des titulaires de l'autorité parentale, ou du représentant légal, lorsqu'elle veut pratiquer une interruption volontaire de grossesse. Dans ce cas, elle se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

3.2.5.3 – Admission

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande du père et de la mère, du tuteur légal, de l'autorité judiciaire ou de l'aide sociale à l'enfance.

3.2.5.4 - Autorisation d'opérer - Refus de soins

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

Toutefois, en cas d'intervention chirurgicale, l'autorisation écrite des parents ou du détenteur de l'autorité parentale est exigée. Des procédures, afin de s'assurer de cette autorisation, peuvent être mises en oeuvre, par exemple, un fax certifié conforme via le commissariat de Police est recevable.

Si les parents ou tuteur sont défaillants, par leur refus ou par l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de signer l'autorisation d'opérer, le Directeur ou son représentant (directeur d'astreinte) peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer une mesure d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent.

Dans un cas d'extrême urgence constatée par au moins deux médecins, le Directeur ou l'administrateur de garde saisit le Procureur de la République ou le Juge des enfants, dont l'accord téléphonique permet d'effectuer l'intervention.

Une confirmation écrite de cet accord doit toujours être demandée au Magistrat.

3.2.5.5 - Mineur relevant d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance

Lorsque le mineur relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le Directeur ou son représentant (directeur d'astreinte) adresse sous pli cacheté dans les quarante huit heures de l'admission au Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales (service médical de l'aide à l'enfance), le certificat confidentiel du médecin responsable d'unité fonctionnelle indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

3.2.5.6 - Objets de valeur

Si l'enfant est porteur de bijoux, d'objets de valeur et que la famille désire les lui voir conserver avec lui, une décharge devra être demandée à l'accompagnant en ce qui concerne la responsabilité de l'Administration.

3.2.5.7 - Accompagnants

Le Directeur ou son représentant (cadre de santé), à la demande des médecins, peut autoriser le père ou la mère de famille à rester toute la journée et à coucher auprès de son enfant, dans la mesure où les conditions de l'hospitalisation le permettent.

Des chambres parent-enfant sont notamment offertes aux usagers à l'intérieur du service de chirurgie de moins de 48 heures d'hospitalisation.

3.2.6 - Incapables majeurs - Gestion des biens :

Les biens des incapables majeurs hospitalisés au Centre Hospitalier sont administrés dans les conditions prévues par les articles 490 et suivants du Code Civil et par les décrets 69- 195 et 69 196 du 15 février 1969.

3.2.7 - Etrangers –Admission :

Les étrangers sont admis au Centre Hospitalier de Saint-Affrique dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

Ils doivent, s'ils ne fournissent pas un justificatif de prise en charge (E111 pour les ressortissants de l'Espace économique européen), verser la provision pour frais d'hospitalisation prévue à l'article 3.2.2. ci-dessus.

3.2.8 - Malades toxicomanes - Secret de l'hospitalisation à la demande de l'hospitalisé et admission — Code de (a santé publique Article L.3412-1 à L.3414-1 et L.3423-1 L.3424-5 et décret n° 71.690 du 19 août 1971 :

Le malade toxicomane qui se présente spontanément dans un établissement hospitalier afin d'y être traité peut, s'il le demande 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 textes cités ci-dessus.

3.2.9 - Maladies à déclaration obligatoire :

Font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés :

- les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale,
- les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique

3.2.10 - Accueil des malades - Livret d'accueil :

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

Dès son arrivée dans l'établissement, l'hospitalisé reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour.

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour le centre hospitalier de Saint Affrique, qui évalue régulièrement la satisfaction des patients.

3.2.11 - Délivrance de soins palliatifs :

Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Le centre hospitalier de Saint Affrique met en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert. L'établissement a signé une convention avec de soins palliatifs, PALLIANCE qui intervient à l'intérieur du centre hospitalier, dans les établissements du bassin, et à domicile.

3.3. - Conditions de séjour

3.3.1 - Information du malade sur les soins et sur son état de santé :

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

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

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

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

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

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, 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 oeuvre, 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 des informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaires au plus tard dans les huit jours suivant sa demande (accompagnée de pièces requises) 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 hospitalisations psychiatriques est saisie.

(Article L.1111-2 et 7 du code de la santé publique.)

3.3.2 - Information de la famille et des proches :

Dans chaque service, les médecins doivent recevoir les familles et proches des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leur famille et proches. Les informations concernant le patient sont délivrées sous la réserve de l'accord du patient (cf. point 3.1.8)

3.3.3 - Modalités d'exercice du droit de visite :

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite. Le Directeur ou son représentant doit donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou proches des malades ou des personnels.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service ou d'un établissement du Centre Hospitalier de Saint-Affrique sans l'autorisation du Directeur ou de son représentant 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 du Directeur.

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

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

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

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

3.3.4 - Comportement des visiteurs :

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos 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 le Directeur ou son représentant, après avis du responsable de l'unité de soins.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des malades ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les malades.

Les visiteurs (et les malades) ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni tabac, ni médicaments.

Le cadre de santé du service doit s'opposer, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou de boissons, même non alcoolisées, qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit au malade.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Leur comportement ou leurs propos ne doivent pas être une gêne pour les malades ou pour le fonctionnement du service. Ils doivent s'abstenir de fumer dans l'ensemble des locaux et ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores. Les téléphones portables doivent rester en veille pour ne pas perturber les appareils électroniques médicaux.

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

3.3.5 - Horaires des visites :

Les visites aux hospitalisés ont lieu, de 11h30 à 20h00, tous les jours. Cependant, les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service.

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.

3.3.6 - Horaires des repas - Repas aux accompagnants :

Le petit déjeuner est servi à 7h30 ; le déjeuner entre 11h30 et 12h30 ; un goûter est servi entre 15h30 et 16h30 ; le dîner est servi entre 18h et 19h.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux hospitalisés lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leurs repas à l'extérieur, et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas seront facturés au tarif visiteur.

Lorsque l'état du malade le justifie, la présence d'un accompagnant peut être autorisée. Ainsi, les proches peuvent être admis à prendre leurs repas dans l'établissement et à demeurer en dehors des heures de visite.

Les accompagnants doivent prévenir le service d'hospitalisation au plus tard à 9 heures le jour où ils désirent bénéficier d'un repas. En cas d'impossibilité ou de décision tardive, les accompagnants pourront prendre leur repas au restaurant du personnel en échange d'un ticket accompagnant.

La vente des tickets visiteur est faite par le bureau des entrées. Il est strictement interdit au personnel des services de soins de délivrer des tickets repas.

3.3.7 - Détermination des menus :

Les menus sont arrêtés chaque semaine par la diététicienne de l'Unité de Production Culinaire et sont communiqués à chaque service.

L'hospitalisé dont le régime alimentaire est le régime normal, a la possibilité de choisir entre plusieurs mets.

Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

3.3.8 - Déplacement et comportement des hospitalisés – Désordres :

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans autorisation d'un membre du personnel soignant ; ils doivent être vêtus d'une tenue décente.

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

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

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

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions évoquées précédemment.

3.3.9 - Hygiène à l'hôpital :

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

3.3.10 - Effets personnels - Jouets personnels :

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital :

- leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc),
- leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc).

Sauf cas particuliers et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le malade conserve ses vêtements et son linge personnels dont il doit assumer l'entretien.

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

3.3.11 - Vaguemestre - Téléphone :

Les hospitalisés ont la possibilité de louer une ligne téléphonique auprès de l'établissement ou d'utiliser les cabines téléphoniques ; ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Si les hospitalisés ne louent pas l'appareil de téléphone dans leur chambre, ils peuvent cependant recevoir des communications téléphoniques.

Il est rappelé qu'en milieu hospitalier, les téléphones portables doivent être mis en veille du fait du risque de dérèglement des appareils d'électronique médicale.

3.3.12- Télévision et radio :

Les appareils de télévision peuvent être loués auprès de l'établissement, aussi aucun autre appareil ne peut être introduit à l'hôpital.

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

3.3.13- Service social :

Un service social est à la disposition des hospitalisés et de leurs proches. Une permanence est assurée aux heures ouvrables. En outre, une assistante sociale peut se rendre au chevet du malade, à la demande de ce dernier.

3.3.14- Exercice du culte :

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

Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès des cadres de santé ou qui ont été signalés au Service d'aumônerie du centre hospitalier.

Le service d'aumônerie du centre hospitalier tient ouvert plusieurs heures chaque jour un lieu de prière à la disposition de chacun. Le fonctionnement, (heures d'ouverture, moments de recueillement, clef du lieu de prière, etc...) est tenu à jour dans le livret d'accueil.

3.4. - Sorties

3.4.1 - Préparation de la sortie :

Dès l'admission, la planification de la sortie est envisagée et actualisée au cours du séjour avec le service social.

3.4.2 - Autorisations de sortie :

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures sans découcher, sans atteindre les 48 heures.

Ces autorisations de sortie sont accordées, sur avis favorable du médecin responsable, par le Directeur ou son représentant.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui sont impartis, l'Administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

3.4.3 - Formalités de sortie :

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé n'impose plus son maintien dans l'un des services du Centre Hospitalier de Saint Affrique, sa sortie est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur proposition du médecin responsable. Le Directeur ou son représentant prononce la sortie du malade.

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

Le médecin traitant doit être informé, le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé, des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre ; il doit recevoir toutes les indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.

Toutes dispositions sont prises le cas échéant, sur proposition médicale, pour faciliter le transfert de l'hospitalisé dans un établissement de moyen ou long séjour adapté à son cas.

En règle générale, la sortie des hospitalisés a lieu en cours de matinée. Cependant, pour le bon fonctionnement des services et pour tenir compte de conditions particulières d'hospitalisation, des horaires différents peuvent être pratiqués.

3.4.4 - Sortie contre avis médical :

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le Centre Hospitalier, sous condition (voir 3.1.9).

Si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la personne hospitalisée, cette dernière n'est autorisée à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait. La sortie est alors prononcée par le Directeur ou son représentant et par le médecin, par écrit, sur un document signé en double exemplaire et classé dans le dossier du patient.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par le médecin ou l'interne et un soignant.

3.4.5 - Sortie disciplinaire :

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

3.4.6 - Sortie après refus de soins :

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

Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé par le médecin ou l'interne et un soignant.

3.4.7 - Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation :

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

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 ou son représentant saisit le Ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

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

3.4.8.- Sortie clandestine des malades (fugue) :

Malade mineur :

La famille doit être immédiatement prévenue. Si la personne exerçant l'autorité parentale signe l'attestation prévue pour les sorties contre avis médical, l'enfant est déclaré sortant. A défaut, la police est alertée en vue d'effectuer les recherches nécessaires.

Si le malade ne regagne pas le service, un rapport sera adressé, dans les 24 heures. Le Directeur ou son représentant doit être prévenu en temps réel des différentes étapes.

3.4.9 - Sortie des nouveau-nés :

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

3.4.10 - Questionnaire de satisfaction :

Tout hospitalisé reçoit, avant sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; ce questionnaire rempli est rendu à l'Administration sous une forme anonyme, dans des boîtes aux lettres installées à cet effet dans les services.

3.4.11 - Sortie par transport en ambulance :

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport (dûment constaté par une prescription médicale), que ce soit en véhicule sanitaire ou non sanitaire, le malade a le libre choix de l'entreprise de transport.

L'établissement tient par ailleurs à la disposition des malades la liste des sociétés de transports sanitaires agréées dans le département.

Si le malade n'exprime pas de choix, le Centre Hospitalier de Saint Affrique fait appel aux entreprises d'ambulances suivant un tour défini, géré par le standard.

Les frais occasionnés pourront être à la charge du malade.

3.5. - Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades

3.5.1 - Conservation du dossier médical :

La garde du dossier médical est assurée par l'Administration hospitalière qui le conserve selon la réglementation en vigueur. Le directeur est responsable des archives.

3.5.2 - Communication du dossier médical :

Le dossier médical d'un malade est remis sur sa demande à l'intéressé lui-même, à ses ayants droits ou au médecin qu'il aura désigné selon la procédure validée par le centre hospitalier de Saint Affrique. En cas de décès du malade hospitalisé, ses ayants droits peuvent accéder aux informations médicales le concernant après précision du motif pour lequel ils ont besoin d'avoir connaissance de ces informations, sauf si le défunt avait, au préalable, exprimé une volonté contraire.

Le dossier médical peut, en outre, être consulté sur place à la demande du malade, par le médecin traitant ou par un médecin désigné par le malade (à l'exclusion d'un médecin de compagnie d'assurance ou d'un médecin de contrôle).

Les dispositions de la loi "informatique, fichiers et liberté" ne permettent pas de déroger aux dispositions précédentes.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les médecins responsables communiqueront ou prendront toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin-conseil de la Sécurité Sociale les documents médicaux nécessaires à l'exercice du contrôle.

Toutes garanties doivent être prises pour la sauvegarde du secret médical.

3.5.3 - Envoi d'un dossier médical succinct :

Avec l'accord du malade, un dossier médical succinct doit être adressé au médecin de ville ou au médecin d'un établissement public qui en fait la demande (à l'exclusion d'un médecin de compagnie d'assurance ou d'un médecin de contrôle).

Ce dossier est constitué par un membre de l'équipe médicale hospitalière à partir du dossier médical complet conservé par l'établissement.

L'envoi fait l'objet d'un remboursement au Centre Hospitalier de Saint Affrique des frais par lui engagés pour les copies de documents et de clichés, ainsi que pour l'expédition.

3.5.4 - Information au médecin traitant :

3.5.4.1 - Information médicale à l'arrivée du malade

Le Centre Hospitalier de Saint Affrique communique, par tout moyen adapté, au médecin désigné par le malade ou sa famille, la date, l'heure et le service d'admission du malade et l'invite à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'en recevoir des nouvelles.

3.5.4.2 - Information en cours d'hospitalisation

En fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation, le médecin responsable du malade communique le plus rapidement possible au médecin désigné par le malade ou sa famille et qui en a fait la demande écrite, toute information relative à l'état du malade.

3.5.4.3 - Information à la sortie du malade

Le patient dispose à sa sortie des informations et des documents nécessaires pour assurer la continuité de sa prise en charge.

Sous réserve de l'accord du malade, le médecin responsable adresse au médecin désigné par le malade ou sa famille, par voie postale et dans un délai maximum de 8 jours suivant la sortie du malade, une lettre l'informant de cette sortie, résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre, et lui précisant le lieu, les jours et heures auxquels il lui sera possible de prendre connaissance du dossier de l'intéressé.

Avant la sortie, l'information est faite au médecin traitant du retour à domicile du patient lorsque l'état de celui-ci requiert un suivi particulier.

3.5.5 - Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale

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

3.5.6 - Communication des résultats d'examens anatomo et cyto -pathologiques des malades hospitalisés et des consultants externes

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

Les patients qui le souhaitent peuvent désigner tout médecin de leur choix qui recevra copie des résultats à condition que ce praticien figure dans l'annuaire des "Docteurs en médecine en exercice".

3.5.7 - Communication des radiographies et examens d'imagerie médicale

Les radiographies et autres examens d'imagerie médicale sont remis au consultant externe accompagnés de leur interprétation.

Le consultant (propriétaire des examens) est invité à les conserver et les présenter lors des consultations futures.

L'usager des urgences est considéré comme un hospitalisé, même s'il n'est pas admis dans un service après des soins urgents.

Le dossier radiographique est alors la propriété de l'hôpital, et reste sous sa responsabilité.

3.6. - Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés

3.6.1 - Constat du décès :

Le décès est constaté par un médecin inscrit au tableau du conseil de l'ordre établit un certificat de décès.

Conformément à l'article 80 du Code civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible dans les bureaux des entrées. Copie en est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie.

3.6.2 - Notification du décès :

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

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France : au consulat le plus proche,
- pour les militaires : à l'autorité compétente,
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'Aide sociale à l'enfance : au Directeur de l'Action sanitaire et sociale,
- 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.

3.6.3 - Déclaration d'enfant sans vie :

La déclaration d' "enfant sans vie" est établie conformément aux dispositions de la circulaire n° 2001-876 du 30 novembre 2001. Cette déclaration est enregistrée à l'état civil.

3.6.4 - Indices de mort violente ou suspecte :

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

3.6.5 - Toilette mortuaire et inventaire après décès : Décret n°74-27 du 14 janvier 1974, article 74 :

Lors du décès médicalement constaté, l'infirmier(e) ou l'aide soignant(e) de service procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions convenables et dresse avec l'aide éventuelle du cadre infirmier et sous son contrôle, l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc, qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence d'au moins un témoin. Il est inscrit sur un registre, paginé, tenu dans chaque service. Une copie est conservée au dossier et l'autre est adressée aux proches désignés par le défunt.

L'inventaire, mentionné à l'alinéa précédent, est signé par le cadre de santé ou l'infirmier(e) et le témoin, puis remis dans les 24 heures avec les objets qui y figurent, soigneusement enveloppés, dans des sacs prévus à cet effet.

Ces biens usuels sont restitués aux ayants droit.

Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement qui les restitue aux ayants droits.

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

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

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

3.6.6 - Sortie du corps du service :

3.6.6.1 - Vers la chambre mortuaire

Pour les décès survenus dans le Centre Hospitalier, les familles peuvent faire transporter le corps vers la chambre mortuaire de l'établissement.

3.6.6.2. - Vers la chambre funéraire

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

L'admission en chambre funéraire doit intervenir dans un délai de 18 heures à compter du décès.

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

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

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

3.6.6.3 - Vers le domicile

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée, du Centre Hospitalier à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille doit être autorisé par le Maire de la commune de Saint Affrique.

L'autorisation est subordonnée :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile,
- à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne,
- à l'accord écrit du Directeur ou son représentant, si le corps doit être transporté hors de la commune et hors funérarium.
- à l'accord écrit du médecin hospitalier responsable du malade,
- à l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code civil relatives aux déclarations de décès. Si ces formalités ne peuvent être accomplies, le transport ne peut avoir lieu. Le corps est alors déposé à la chambre mortuaire de l'établissement.

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

- le décès soulève un problème médico-légal,
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du Ministre de la Santé, après avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France,
- l'état du corps ne permet pas un tel transport.

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

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

Les transports à résidence sont assurés par des véhicules agréés à cet effet.

3.6.7 - Transport de corps après mise en bière :

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

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

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

3.6.8 - Autopsie :

Elles peuvent être médico-légales ou scientifiques.

Les autopsies médico-légales sont exécutées sur réquisition du parquet, par deux médecins légistes experts près les tribunaux.

Les autopsies scientifiques : la demande, effectuée par le médecin, nécessite un accord préalable entre le médecin demandeur et le médecin anatomo-pathologiste.

3.6.9 - Prélèvements d'organes: Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

Le Centre hospitalier de Saint Affrique organise des réunions d'information sur les dons d'organe et de moelle grâce à l'intervention de l'association France Adot.

3.6.10 - Inhumation

Lorsque dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'hôpital de Saint Affrique fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si ce dernier n'a rien laissé, l'hôpital applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité sanitaire compétente.

Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques des différentes catégories d'hospitalisés sont prises en charge soit par les services d'Aide Sociale, soit par les organismes de Sécurité Sociale, soit par la commune ou l'Etat, soit par l'établissement ou la succession, sont déterminés par les lois et règlements en vigueur.

3.6.11- 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.

3.7. - Afflux massif de victimes

En cas d'afflux massif de victimes, un plan d'organisation des secours d'urgences ou plan blanc est mis en place.

Le plan blanc est déclenché par le directeur ou l'administrateur de garde, à la demande du préfet.

Il prévoit, sous forme de fiches réflexes, les rôles coordonnés des différents intervenants : médecins, personnels soignants et logistiques, cadres de direction. Il indique où se procurer les matériels nécessaires stockés pour faire face à ce genre d'occurrence. Il précise comment gérer et informer les familles, proches des victimes, la presse et les personnalités officielles. Il spécifie les modalités de circulation automobile à l'intérieur de l'établissement. Enfin, il prévoit les conditions d'appel de personnel supplémentaire.

3.8. - Dispositions propres au service de personnes âgées du centre hospitalier de Saint-Affrique

3.8.1 - Etablissements - Catégories d'hébergement :

- L' Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées, qui comprend deux unités : « La Sorgues » et « Caylus », d'une part,
- l' Unité de Soins de Longue Durée, d'autre part,

relèvent à part entière du Centre Hospitalier de Saint Affrique.

Ils proposent des prises en charges diversifiées.

3.8.2 - Conseil de la vie sociale :

Un conseil de la vie sociale a été mis en place à l' E. H. P. A. D. Il comprend six membres :

- ◆ Deux représentants des personnes accueillies,
- ◆ Deux représentants des familles ou des représentants légaux,
- ◆ Un représentant du personnel,
- ◆ Un représentant du Conseil de Surveillance.

Assistent avec voix consultative au conseil de la vie sociale :

- ◆ le directeur du centre hospitalier, ou son représentant (membre de l'équipe de direction),
- ◆ la coordinatrice des soins du centre hospitalier,
- ◆ le cadre du service.

Le Conseil de la Vie Sociale peut appeler toute personne à participer à ses réunions à titre consultatif, en fonction de l'ordre du jour. Un représentant élu de la commune peut être invité par le Conseil à assister aux débats.

Le Conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment :

- organisation intérieure et vie quotidienne ;
- activités, animations socioculturelles et services thérapeutiques ;
- projets de travaux et d'équipement ;
- nature et prix des services rendus ;
- affectation des locaux collectifs ;
- entretien des locaux ;
- relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture,
- animation de la vie institutionnelle et mesures prises pour favoriser les relations entre les participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

Le règlement intérieur de ce conseil est joint en annexe n° 11.

3.8.3 - Règlement de fonctionnement :

Un règlement de fonctionnement, spécifique au service des personnes âgées, est à la disposition des résidents et des familles. Il définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement de l' EHPAD, en particulier les modalités d'admission et de prise en charge, les relations avec l'extérieur (sorties, téléphone, culte, ...) et les règles de vie dans l'établissement.

3.8.4 - Contrat de séjour :

Un contrat de séjour est conclu, lors de l'admission, entre le résident et l'établissement..

Ce contrat comprend des éléments relatifs à l'admission, la description des prestations offertes par l'établissement, aux conditions financières du séjour, aux responsabilités respectives de l'établissement et du résident pour les biens et effets personnels, ainsi qu'aux conditions de résiliation du contrat.

DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifiée par le décret n° 2002-9 du 04 janvier 2002 et loi n° 86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

4.1. - Obligations

4.1.1 - Nécessité de service :

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

Chaque agent hospitalier se doit de participer à cette continuité.

4.1.2 - Assiduité et ponctualité du personnel :

Tout fonctionnaire, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés (Art 28 de la loi n° 83.634 du 13 Juillet 1983).

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

Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois. Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents. Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi et à une information immédiate des agents concernés par cette modification (Art 13 du Décret N° 2002-9 du 04 Janvier 2002).

Chaque service formalise ses procédures ; les cycles de travail sont validés par les instances.

4.1.3 - Exécution des ordres reçus :

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

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

4.1.4 - Information du supérieur hiérarchique de tout incident

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

Il doit également effectuer tout signalement d'événement indésirable par le biais du logiciel SESAME, portail « qualité et gestion des risques » à sa disposition sur les ordinateurs.

4.1.5 - Conservation en bon état des locaux, matériels et effets

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

Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

4.1.6 - Interdiction de pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les malades, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt (article 50 du décret n°74-27 du 14 janvier 1974).

4.1.7 - Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les fonctionnaires consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit à l'exception de production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques. Les fonctionnaires, agents et ouvriers peuvent effectuer des expertises ou donner des consultations, sur la demande d'une autorité administrative ou judiciaire, ou s'ils y sont autorisés par le ministre ou le chef de l'administration dont ils dépendent. Ils peuvent, dans les mêmes conditions, être appelés à donner des enseignements ressortissant à leur compétence (article 3 décret-loi du 29 octobre 1936).. Les conditions dans lesquelles il peut être exceptionnellement dérogé à cette interdiction sont fixées par décret en Conseil d'Etat (article 25 de la loi n°83.634 du 13 Juillet 1983, 1er alinéa) .

Toutefois, les agents publics, ainsi que ceux dont le contrat est soumis aux dispositions du code du travail en application des articles 34 et 35 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, occupant un emploi à temps non complet ou exerçant des fonctions impliquant un service à temps incomplet pour lesquels la durée du travail est inférieure à la moitié de la durée légale ou réglementaire du travail des agents publics à temps complet peuvent être autorisés à exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative dans les limites et conditions fixées par décret en Conseil d'Etat (2ème alinéa de l'article 25 de la loi n°83.634 du 13 Juillet 1983, modifié par l'article 20 de la loi n° 2001-2 du 03 Janvier 2001).

Les fonctionnaires ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle ils appartiennent ou en relation avec cette dernière, des intérêts de nature à compromettre leur indépendance.

Les activités privées interdites aux fonctionnaires placés en disponibilité ou ayant cessé définitivement leurs fonctions par l'article 90 (en position de détachement, hors cadres, mise à disposition, exclusion temporaire des fonctions) de la loi du 09 Janvier 1986 sont les suivantes :

- ◆ Activités professionnelles dans une entreprise privée lorsque l'intéressé a été, au cours des 5 dernières années précédant la cessation de ses fonctions ou sa mise en disponibilité, chargé à raison même de sa fonction, soit de surveiller ou contrôler cette entreprise, soit de passer des marchés ou contrats avec cette entreprise ou d'exprimer un avis sur de tels marchés ou contrats.

Cette interdiction s'applique également aux activités exercées dans une entreprise :

- qui détient au moins 30 % du capital de l'entreprise susmentionnée ou dont le capital est, à hauteur de 30 % au moins détenu par l'entreprise susmentionnée, soit par une entreprise détenant aussi 30 % au moins du capital de l'entreprise susmentionnée
 - ou qui a conclu avec l'entreprise susmentionnée un contrat comportant une exclusivité de droit ou de fait
- ◆ Activités lucratives, salariées ou non, dans un organisme ou une entreprise privés et activités libérales si, par leur nature ou leurs conditions d'exercice et eu égard aux fonctions précédemment exercées par l'intéressé, ces activités portent atteinte à la dignité desdites fonctions ou risquent de compromettre ou mettre en cause le fonctionnement normal, l'indépendance ou la neutralité du service

Au sens du présent article est assimilée à une entreprise privée toute entreprise publique exerçant son activité dans un secteur concurrentiel et conformément au droit privé.

Ces interdictions s'appliquent pendant la durée de la disponibilité et, dans les autres cas, pendant un délai de 5 ans à compter de la cessation des fonctions justifiant l'interdiction (article 1er du décret n° 95-168 du 17 février 1995).

4.1.8 - Identification du personnel :

Une identification du personnel a été instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte, selon les informations nominatives établies par la Direction des Ressources Humaines.

Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification mis en place dans un souci d'humanisation de l'établissement hospitalier et de meilleure sécurité de tous.

4.1.9 - Tenue vestimentaire de travail :

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services du Centre Hospitalier doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement.

La tenue vestimentaire réglementaire doit donc être portée pendant toute la durée du service.

Le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel et à l'extérieur du Centre Hospitalier lorsque le personnel n'est pas en service.

4.1.10 - Tenue et comportement correct exigé :

Une tenue correcte dans l'habillement, dans le langage comme dans les actes ainsi qu'une stricte hygiène corporelle est exigée de l'ensemble du personnel (article 51 du Décret N°74-27 du 14 Janvier 1974). Cette information est rappelée dans le livret d'accueil du personnel et sur le site intranet de l'établissement « SESAME ».

La familiarité à l'égard des malades est formellement proscrite.

4.1.11 - Lutte contre le bruit :

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

4.1.12 - Interdiction de fumer :

Conformément à la loi du 10 janvier 1991 dite « loi Evin », il est interdit de fumer dans l'établissement.

4.1.13 - Dispositions relatives à l'alcool sur les lieux de travail :

La consommation et l'introduction d'alcool sur son lieu de travail sont interdits (cf circulaire TE 4/69 du 13 janvier 1969).

Un suivi des agents en situation de difficulté est assuré par le médecin du travail.

4.1.14 - Relations avec les usagers :

4.1.14.1 - Comportement

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

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

4.1.14.2 - Liberté de conscience, d'opinion et principe de neutralité

Les affichages, les mouvements et les réunions à caractère syndical du Personnel sont proscrits dans les locaux utilisés par les usagers (perron, hall, couloirs, etc ...).

Dans le domaine religieux, les malades doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte: ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration, la visite du ministre du culte de leur choix (article R 1112-46 du CSP) .

En matière mortuaire, les familles des malades en fin de vie et des défunts se voient garantir la possibilité de procéder aux rites et cérémonies prévus par la religion de leur choix (Article R 1112.68 du CSP).

Tout prosélytisme concernant la religion est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du Personnel (charte d'hospitalisé)

Le principe de neutralité s'impose à tout le Personnel : il est interdit de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses croyances religieuses, notamment en portant un signe destiné à marquer son appartenance à une religion. Le non-respect de ce principe constitue un manquement à ses obligations et serait passible de sanction (circulaire DHOS/G N° 2005-57 du 02 Février 2005).

4.1.15 - Relations avec les proches :

4.1.15.1 - Accueil

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

4.1.15.2 - Libre choix, information du malade et non-discrimination à l'encontre d'un membre du personnel

cf. points 3.1.1 et 3.1.9

4.1.15.3 - Respect du libre choix des familles

Dans le cas où les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées (ambulances, pompes funèbres), leur libre choix doit être préservé.

4.1.16 - Secret professionnel :

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel. Le Personnel doit veiller au respect de la vie privée du patient et au secret de l'ensemble des informations le concernant (article 3 de la loi n° 2002-303 du 04 mars 2002). Le procureur de la République ou, sur autorisation de celui-ci, l'officier de police judiciaire, peut requérir de toute personne, de tout établissement ou organisme privé ou public ou de toute administration publique qui sont susceptibles de détenir des documents intéressant l'enquête, y compris ceux issus d'un système informatique ou d'un traitement de données nominatives, de lui remettre ces documents, sans que puisse lui être opposée, sans motif légitime, l'obligation au secret professionnel. Lorsque les réquisitions concernent des personnes mentionnées aux articles 56- 1 à 56-3, la remise des documents ne peut intervenir qu'avec leur accord. En cas d'absence de réponse de la personne aux réquisitions, les dispositions du second alinéa de l'article 60-1 sont applicables. (Code de Procédure Pénale (Partie Législative) article 77-1-1, loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 art. 18 2°, loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 art. 80 III, loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 art. 80 IV).

En l'absence d'opposition des malades, les indications d'ordre médical telle que le diagnostic et l'évolution de la maladie ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions fixées par le code de la déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être donnés par les cadres de santé.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations (article L 1110-4 du CSP).

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droits, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès » (article L 1110-4 du CSP).

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible » (article L 1110-4 du CSP).

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

4.1.17 - Obligation de discrétion professionnelle :

Les fonctionnaires doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les fonctionnaires ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent (article 26 2ème alinéa de la loi n°83.634 du 13 juillet 1983).

4.1.18 - Interdiction des réunions publiques au Centre Hospitalier :

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

4.1.19 - Informatique :

Chaque agent est tenu de respecter les dispositions de la charte informatique (cf. annexe n° 10)

4.2. - Droits

4.2.1 - Temps de travail et autorisations d'absence :

Les obligations de service et les congés sont fixés par voie réglementaire de manière homogène pour tous les établissements publics de santé. Les roulements et horaires en vigueur dans l'établissement figurent dans la procédure DRHF n° 9 jointe en annexe 11 au présent règlement et sont remis à jour par le directeur, en tant que de besoin, après consultation et avis des instances concernées.

La déclinaison des dispositifs des obligations de services et de congés sera annexée au règlement intérieur dans la mesure où elle est conforme aux textes en vigueur et soumise pour avis aux instances réglementaires.

4.2.2 - Gardes et astreintes :

Afin d'assurer la continuité du service public hospitalier, un service de gardes et d'astreintes est également mis en place pour le personnel non médical : permanence H24 des cadres de santé..

La garde de direction est assurée par l'équipe de direction et le responsable du service informatique.

Astreintes à domicile :

- Les services techniques,
- les infirmiers anesthésistes,
- Les infirmiers et aides soignants du bloc opératoire,
- Les sages-femmes.

4.2.3 - Exercice du droit syndical :

L'exercice du droit syndical est réglementé par le décret n° 86-660 du 19 mars 1986. Il est reconnu au personnel.

Comme pour les activités politiques, les opinions d'autrui doivent être respectées. La vie syndicale doit se dérouler dans le cadre réglementaire prévu à cet effet.

4.2.4 - Droit de grève :

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum, selon les critères de présence fixés après avis du C.T.E.

Le protocole du droit de grève conclu avec les organisations syndicales est joint en annexe

4.2.5 - Consultation du dossier administratif :

Tout agent de l'établissement peut, conformément à la loi, consulter son dossier administratif sur rendez-vous obligatoire demandé par écrit.

Des copies de documents contenus dans ces dossiers peuvent leur être délivrées.

La marche à suivre en la matière est la suivante :

- ◆ L'agent doit adresser une demande écrite à la Direction des Ressources Humaines mentionnant toutes les pièces dont il souhaite une photocopie, avec le plus de renseignements possibles, (date, objet, références, etc...) pour éviter les erreurs de documents.
- ◆ Dès réception de la demande, et au plus tard dans la semaine qui suit, le bureau des ressources humaines :
 - effectue toutes les photocopies,
 - adresse à l'intéressé une lettre lui indiquant quand il pourra retirer les pièces demandées ainsi que le nombre de copies réalisées et le coût total à payer selon le tarif fixé réglementairement,
- ◆ Dès réception de cette lettre, il appartient à l'agent de régler auprès de la Régie de Recettes de l'établissement (bureau des admissions) le coût des photocopies qui lui seront remises sur présentation du reçu de paiement. Il est bien entendu par ailleurs, que la demande écrite de l'agent l'engagera à payer les photocopies demandées, et que si pour quelque raison que ce soit, il ne venait pas les retirer à la direction des ressources humaines, un titre de recettes à régler à la caisse de Monsieur le Receveur de l'établissement lui serait néanmoins adressé.

4.2.6 - Livret d'accueil du personnel :

Un livret d'accueil du personnel est remis à tout agent intégrant le Centre hospitalier de Saint Affrique.

4.3. - Divers

4.3.1 - Accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires :

Les particuliers qui souhaitent effectuer des ventes dans les locaux réservés au personnel, sur les parkings ou à tout autre endroit doivent auparavant en demander l'autorisation à la direction.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par l'administration (article 46 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974).

Ceux qui pénètrent sans autorisation du directeur dans les services et chambres dans l'intention d'y exercer leur activité doivent être immédiatement exclus par

- le cadre du service
- à défaut, la direction générale (directeur de garde)
- sinon recours à la force publique.

4.3.2 - Effets et biens personnels – Responsabilité :

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

Les incidents pouvant être pris en charge par notre compagnie d'assurances figurent aux contrats d'assurance de l'établissement. Pour tout litige, contacter la Direction des Ressources Logistiques et Techniques (poste 7654).

REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION

5.1. - Sécurité incendie :

5.1.1 - L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie

5.1.2 - Tout le personnel de l'établissement est mis en garde contre les dangers que présente un incendie dans un hôpital et par extension à l'ensemble des bâtiments du Centre Hospitalier de Saint Affrique.

Il est formé à l'exécution de consignes très précises en vue de limiter l'action du feu et d'assurer le transfert horizontal ou l'évacuation. Les personnels sont tous entraînés à la manoeuvre des moyens d'extinction.

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

5.1.4 - L'interdiction de fumer dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier de Saint Affrique est générale, à l'exception des chambres du secteur personnes âgées, conformément à la réglementation en vigueur.

5.2. - Voies de circulation :

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

5.3. - Règles de circulation :

Les dispositions du code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte du Centre hospitalier de Saint Affrique.

La vitesse y est limitée à 30 km/h.

Les conducteurs sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.

5.4. - Stationnement :

Le stationnement dans l'enceinte du Centre hospitalier de Saint-Affrique est interdit en dehors des emplacements matérialisés.

Certaines voies d'accès, réservées pour l'intervention des secours extérieurs, sont signalées ; aucun stationnement n'est toléré sur ces voies ainsi que sur les zones matérialisées au sol par des zébras blancs ou lignes continues.

Des aires de stationnement sont en outre réservées à certaines catégories de personnels ; des places réservées aux personnes à mobilité réduite sont également matérialisées.

5.5. - Responsabilité :

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du Centre hospitalier de Saint Affrique, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de déprédations .

5.6. - Sanctions :

La Direction du Centre hospitalier de Saint Affrique se réserve le droit de faire appel aux forces de polices, à la fourrière, pour faire déplacer les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et de manière générale, compromettrait le fonctionnement du Service public hospitalier, ainsi que tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave, après en avoir avisé le propriétaire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

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

DISPOSITIONS DIVERSES

6.1. - Approbation du règlement intérieur :

Le présent règlement intérieur est arrêté par le Directeur du Centre Hospitalier de Saint Affrique, après concertation avec le directoire, avis du Comité Technique d'Etablissement, de la Commission Médicale d'Etablissement et du Conseil de Surveillance.

Il ne pourra être modifié que par délibération du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier, après avis du Comité Technique d'Etablissement et de la Commission Médicale d'Etablissement et du Directoire.

6.2. - Mise à disposition du règlement intérieur :

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition des usagers et des personnels dans chaque service de l'établissement. Il fait notamment l'objet d'une information au sein des instances réglementaires.

Il sera également possible de le consulter sur la messagerie interne à l'établissement ou intranet avec sécurisation.

6.3. - Mise à jour du règlement intérieur :

Il appartient à chaque direction, en fonction des évolutions réglementaires, d'alerter la direction générale sur les modifications à apporter à la rédaction du règlement intérieur. La direction générale regroupe les nouvelles propositions de rédaction et prépare leur présentation aux instances.

Un comité de suivi, issu du groupe de travail qui a préparé l'élaboration du document, est mis en place pour préparer les nouvelles propositions de rédaction.