



Règlement intérieur

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges Lucie et Raymond Aubrac est un établissement public de santé au sens de l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique. A ce titre, il est une personne morale de droit public dotée de l'indépendance administrative et financière. Il est soumis au contrôle de l'Etat.

Conformément aux dispositions de l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique, le Directeur général d'établissement arrête, après concertation du Directoire, le règlement intérieur de l'établissement.

Janvier 2024

Table des matières

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES.....	13
Section 1 – Dispositions relatives au présent règlement intérieur.....	13
Article 1. Approbation du règlement intérieur	13
Article 2. Modifications des dispositions du règlement intérieur.....	13
Article 3. Opposabilité du règlement intérieur.....	13
Section 2 – Missions et obligations de l'établissement.....	13
Article 4. Missions et obligations de l'établissement.....	13
Section 3 – Le Groupement Hospitalier de territoire Hôpitaux Confluence	14
Article 5. Les Hôpitaux Confluence, établissements publics de santé	14
Article 6. Les instances du Groupement hospitalier de territoire Hôpitaux Confluence	14
Article 7. L'identité visuelle du Groupement hospitalier de territoire Hôpitaux Confluence	15
Section 4 – L'organisation administrative et médicale de l'établissement.....	15
Article 8. Gardes administratives de direction	15
A – La gouvernance	15
Article 9. Le Directeur général.....	15
Article 10. Le Président de la Commission médicale d'établissement	16
Article 11. Le Directoire.....	16
B – Les instances de concertation et de représentation du personnel	16
Article 12. Le Conseil de surveillance	16
Article 13. La Commission médicale d'établissement (CME).....	16
Article 14. La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT)	17
Article 15. Le Comité social d'établissement (CSE)	18
Article 16. La Commission des usagers (CDU)	18
Article 17. Les Commissions administratives paritaires locales (CAPL)	18
Article 18. La Commission recherche en soins (CoReSo).....	19
C – L'organisation des soins de l'établissement	19
Article 19. Organisation interne de l'établissement.....	19
Article 20. Chefferie de pôle.....	19
Article 21. Chefs de service et responsables d'unité fonctionnelle	20
Article 22. Nomination et affectation des praticiens hospitaliers	20
Article 23. Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur.....	21
Article 24. Continuité des soins et permanence médicale et pharmaceutique	22

Article 25. Visite médicale quotidienne.....	22
Article 26. Personnel médical et pharmaceutique et continuité du service	22
Article 27. Internes et docteurs juniors	23
Article 28. Étudiants hospitaliers	24
Article 29. Praticiens associés et praticiens attachés associés	24
Article 30. Coordination des soins dispensés aux patients.....	25
Article 31. Soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques.....	25
Article 32. Etudiants des instituts de formation aux professions paramédicales	26
D – L’organisation hospitalière de l’établissement	26
Article 33. Organisation de l’établissement	26
Article 34. Tranquillité et respect dû aux patients, confidentialité des informations.....	27
Article 35. Accès des étudiants	27
Article 36. Plan de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles	27
Article 37. Intervention des personnels en cas d’urgence ou d’accident survenant à proximité immédiate de l’établissement	27
CHAPITRE 2 : REGLES DE SECURITE GENERALE	29
Section 1 – Nature et opposabilité des règles de sécurité	29
Article 38. Nature des règles de sécurité.....	29
Article 39. Opposabilité des règles de sécurité.....	29
Section 2 – La sécurité générale.....	29
Article 40. Substances et objets prohibés	29
Article 41. Accès à l’établissement.....	30
Article 42. Calme et tranquillité au sein de l’établissement.....	30
Article 43. Périmètre d’intervention des personnels de sécurité générale.....	30
Article 44. Périmètre d’exploitation des matériels de sécurité générale.....	31
Article 45. Respect et protection des personnels	31
Article 46. Rapports avec les autorités de police.....	31
Article 47. Rapports avec l’autorité judiciaire.....	32
Article 48. Situations exceptionnelles.....	32
Article 49. Interdiction des animaux	32
Article 50. Maîtrise des risques	32
Article 51. Astreinte technique	33
Article 52. Sécurité incendie.....	33
Article 53. Interdiction de fumer et de vapoter	33
Article 54. Interdiction des stupéfiants.....	33
Article 55. Voirie hospitalière.....	33

Article 56. Règles de compétence.....	33
Article 57. Signalisation et sanctions.....	34
Article 58. Stationnement des véhicules des professionnels.....	34
CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS	35
Section 1 – Principes fondamentaux liés au respect du patient et des personnels de l'établissement.....	35
Article 59. Rapports de bonne confraternité.....	35
Article 60. Accueil et respect du libre choix des familles	35
Article 61. Promotion de la bienveillance.....	35
Article 62. La délivrance d'information	35
Article 63. Secret Professionnel	35
Article 64. Obligation de discrétion professionnelle	36
Article 65. Bon usage du système d'information.....	37
Article 66. Devoir de réserve.....	37
Article 67. Respect de la liberté de conscience et d'opinion	37
Article 68. Devoir de neutralité et principe de laïcité.....	37
Article 69. Sollicitude envers les patients	38
Article 70. Lutte contre le bruit	38
Section 2 – Les obligations des personnels	38
Article 71. L'assiduité et la ponctualité	38
Article 72. La continuité du service public	38
Article 73. L'identification des personnels	39
Article 74. La tenue des personnels.....	39
Article 75. La consommation d'alcool ou de substances psychoactives	39
Article 76. L'usage du téléphone portable	40
Article 77. L'obligation de désintéressement.....	41
Article 78. L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative.....	41
Article 79. L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces.....	41
Article 80. L'obligation de déposer les argent, valeurs ou objets confiés par les malades ou trouvés au sein de l'établissement.....	41
Article 81. L'exécution des instructions reçues.....	41
Article 82. L'information du supérieur hiérarchique	42
Article 83. Le bon usage des biens de l'établissement.....	42
Article 84. Le respect de la politique d'affichage	42
Article 85. Le respect des règles d'hygiène et de sécurité.....	42
Article 86. L'obligation de signalement des accidents médicaux, des affectations iatrogènes, des infections nosocomiales.....	42

Article 87. Le service minimum et l'assignation en cas de grève.....	43
Section 3 – Les droits des personnels	43
Article 88. Egalité femme-homme	43
Article 89. Protection dans le cadre de violences sexuelles et/ou sexistes.....	43
Article 90. Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement moral.....	43
Article 91. Protection des agents dans l'exercice de leurs fonctions.....	44
Article 92. Liberté d'opinion et liberté d'expression	44
Article 93. Droit syndical	44
Article 94. Droit de grève	44
Article 95. Droit de retrait et droit d'alerte	45
Article 96. Droit d'accès à son dossier administratif	45
Article 97. Droit à la formation.....	45
Section 4 – Sanctions	45
Article 98. Sanction disciplinaire	45
Article 99. Délai des poursuites disciplinaires	45
Article 100 Suspension d'un professionnel.....	46
CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONSULTATIONS, A L'ADMISSION, AU SEJOUR ET A LA SORTIE DU PATIENT	47
Section 1 – Accueil, consultation et admission des patients.....	47
Article 101. Principe du libre choix du patient.....	47
Article 102. Accès aux soins des personnes démunies.....	47
A – Accueil et admission	47
Article 103. L'accueil des patients.....	47
Article 104. Livret d'accueil	47
Article 105. Compétence du Directeur général en matière d'admission	48
Article 106. Pièces à fournir au moment de l'admission	48
Article 107. Admission programmée	48
Article 108. Admission directe.....	48
Article 109. Transfert.....	48
B – Consultations	49
Article 110. Consultations externes.....	49
Article 111. Tarif des consultations externes.....	49
Article 112. Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et Protection maternelle infantile.....	49
Article 113. Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et Centre jeunes consommateurs	50
C – Alternatives à l'hospitalisation	50

Article 114. Structures de soins alternatives à l'hospitalisation.....	50
D – Activité libérale des médecins de l'établissement.....	50
Article 115. Principes d'organisation de l'activité libérale	50
Article 116. Service public hospitalier et activité libérale	50
Section 2 – Accueil et admission en urgence	51
Article 117. Accueil et admission en urgence.....	51
Article 118. Information des familles des patients hospitalisés en urgence	52
Article 119. Inventaire à l'admission.....	52
Article 120. Patients amenés par la police	52
Section 3 – Dispositions particulières à certains patients	53
A – Dispositions relatives aux mineurs	53
Article 121. Garde et protection des mineurs	53
Article 122. Scolarisation	53
Article 123. Consultation pour les mineurs non accompagnés	53
Article 124. Admission des mineurs	53
Article 125. Mineurs présentés en urgence	54
Article 126. Hospitalisation des mineurs.....	54
Article 127. Admission des mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance.....	54
Article 128. Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation	54
Article 129. Information des mineurs et consentement aux soins.....	54
Article 130. Soins confidentiels à la demande des mineurs.....	55
Article 131. Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation.....	55
Article 132. Mineurs en situation de rupture familiale	55
B – Dispositions relatives aux femmes enceintes	55
Article 133. Admission en maternité.....	55
Article 134. Secret de la grossesse ou de la naissance	56
Article 135. Admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG).....	56
C – Dispositions relatives aux militaires et aux victimes de guerre	57
Article 136. Admission des militaires.....	57
Article 137. Admission des bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.....	57
D – Dispositions relatives aux personnes atteintes de troubles mentaux et aux majeurs protégés.....	57
Article 138. Admission des personnes atteintes de troubles mentaux.....	57
Article 139. Information et consentement des majeurs sous tutelle	58
E – Dispositions relatives aux patients gardés à vue et détenus.....	58

Article 140. Audition par les services de police	58
Article 141. Admission des personnes gardées à vue	58
Article 142. Admission des détenus	58
Article 143. Secteur d'admission des détenus.....	59
Article 144. Surveillance des détenus	59
F – Autres cas particuliers d'admission	59
Article 145. Admission des patients toxicomanes en vue d'une cure de désintoxication	59
Article 146. Admission des patients ayant la qualité d'évacués sanitaires.....	59
Article 147. Admission des patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance	59
Article 148. Admission au sein d'une unité de soins médicaux et de réadaptation	60
Section 4 – Soins et information sur les soins	61
A – Accueil et admission	61
Article 149. Information du patient.....	61
Article 150. Dossier du patient	61
Article 151. Communication du dossier du patient	61
Article 152. Clichés d'imagerie médicale.....	63
Article 153. Relations avec les familles	63
Article 154. Personne de confiance.....	63
Article 155. Relations avec le médecin traitant.....	63
Article 156. Le secret à l'hôpital	64
Article 157. Traitements automatisés des données à caractère personnel.....	64
Article 158. Information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales.....	65
Article 159. Réclamations et voies de recours	65
Article 160. La médiation	66
B – Consentement aux soins.....	66
Article 161. Consentement aux soins : dispositions générales	66
Article 162. Consentement aux soins : dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté.....	66
Article 163. Refus des soins et sortie contre avis médical.....	67
Article 164. Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs.....	67
Article 165. Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle.....	67
Article 166. Actes médicaux et chirurgicaux d'urgence sur des mineurs	67

C – Qualité des soins	68
Article 167. Droit du malade à des soins de qualité.....	68
Article 168. Prise en charge de la douleur.....	68
Article 169. Droit aux soins palliatifs.....	68
D – Transfusions sanguines	68
Article 170. Produits sanguins labiles.....	68
Article 171. Sécurité transfusionnelle	69
E – Dispositions relatives aux recherches, aux dons, aux prélèvements et aux collectes d'élément du corps humains.....	69
Article 172. Recherches relevant des Règlements Européens (médicaments et dispositifs médicaux) et recherches impliquant la personne humaine (RIPH)	69
Article 173. Principes généraux applicables aux prélèvements et aux collectes d'éléments biologiques sur des patients.....	70
Article 174. Prélèvements et greffes d'organes	70
Article 175. Utilisation des prélèvements à des fins scientifiques	71
Article 176. Utilisation de l'entrepôt de données de santé à des fins de recherche ou de pilotage d'établissement.....	71
Section 5 – Conditions de séjour du patient au sein de l'établissement	71
A – Principes régissant le séjour	71
Article 177. Règles générales	71
Article 178. Respect de la personne et de son intimité.....	72
Article 179. Dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeurs	72
Article 180. Les repas	73
Article 181. Autorisations temporaires de sortie	73
Article 182. Pratiques religieuses.....	73
Article 183. Respect de la vie privée : droits de la personnalité.....	73
B – Service social hospitalier.....	74
Article 184. Missions du service social hospitalier.....	74
C – Accès des personnes étrangères à l'établissement.....	74
Article 185. Visites	74
Article 186. Recommandations aux visiteurs.....	74
Article 187. Stagiaires extérieurs	75
Article 188. Associations de bénévoles	75
Article 189. Accès des professionnels de la presse et des photographes	75
Article 190. Interdiction d'accès aux démarcheurs, agents d'affaires et enquêteurs...76	

Article 191. Accès des agents commerciaux et visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé.....	76
D – Règles diverses	76
Article 192. Neutralité et laïcité du service public	76
Article 193. Droits civiques.....	77
Article 194. Droit à l'information	77
Article 195. Prestataires de service au sein de l'établissement	77
Article 196. Interdiction des pourboires	77
Article 197. Effets personnels	77
Article 198. Courrier.....	78
Article 199. Téléphone.....	78
Article 200. Usage des téléviseurs.....	79
Section 6 – Sortie des patients	79
Article 201. Compétence du Directeur général.....	79
Article 202. Modalités de la sortie	79
Article 203. Sortie contre avis médical	80
Article 204. Sortie à l'insu de l'unité de soins	80
Article 205. Sortie des nouveau-nés	80
Article 206. Sortie par mesure disciplinaire	80
Section 7 – Frais de séjour	81
Article 207. Information.....	81
Article 208. Forfait journalier	81
Article 209. Paiement des frais de séjour et provisions	81
Article 210. Régime commun et régime particulier	81
Article 211. Prestations fournies aux accompagnants.....	81
Section 8 – Dispositions relatives aux naissances et aux décès	82
A – Dispositions relatives aux naissances	82
Article 212. Déclaration de naissance	82
Article 213. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale	82
B – Dispositions relatives aux décès	82
Article 214. Attitude à suivre à l'approche du décès.....	82
Article 215. Annonce du décès	83
Article 216. Formalités entourant le décès	83
Article 217. Indices de mort violente ou suspecte	83
Article 218. Dépôt des corps à la chambre mortuaire.....	83

Article 219. Transport sans mise en bière en chambre funéraire	84
Article 220. Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille	84
Article 221. Mise en bière et transport après mise en bière.....	85
Article 222. Opérations funéraires.....	85
Article 223. Opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale	85
Article 224. Don du corps.....	86
Article 225. Objets abandonnés ou déposés par le défunt	86
Article 226. Libre choix des opérateurs funéraires	87
Article 227. Liberté des funérailles, dispositions testamentaires.....	87
CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE (USLD) ET A L'ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES ET DEPENDANTES (EHPAD).....	88
Section 1 – Accueil et admission des patients.....	88
Article 228. Libre choix de la personne	88
Article 229. Modalités de l'admission	88
Article 230. Accueil et soutien au résident.....	89
Article 231. Frais de séjour	89
Article 232. Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement.....	89
Section 2 – Vie du patient au sein des structures médicales assurant des soins de longue durée (USLD) et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).....	90
Article 233. Respect des personnes.....	90
Article 234. Projet d'accueil personnalisé.....	90
Article 235. Relations avec les familles	90
Article 236. Participation des patients et des résidents à la vie de l'établissement.....	90
Article 237. Protection des personnes vulnérables.....	91
Article 238. Information au résident sur les soins délivrés.....	91
Article 239. Liberté des patients et règles de vie	91
Article 240. Sommes d'argent conservées par les patients	91
Article 241. Domicile	91
Article 242. Personnalisation des chambres	91
Article 243. Interruption de séjour pour convenance personnelle	92
Article 244. Interruption de sortie pour hospitalisation	92
Article 245. Sortie par mesure disciplinaire	92
Article 246. Sortie volontaire	92

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES

Section 1 – Dispositions relatives au présent règlement intérieur

Article 1. Approbation du règlement intérieur

Conformément à l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique, le Directeur général de l'établissement arrête, après avis du Conseil de surveillance et concertation avec le Directoire, le règlement intérieur.

Cette décision est précédée de la consultation des instances représentatives de l'établissement (Commission médicale d'établissement et Comité social d'établissement). La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotехniques est informée du règlement intérieur.

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

Article 2. Modifications des dispositions du règlement intérieur

Les modifications apportées au règlement intérieur sont adoptées dans les mêmes formes et selon les mêmes procédures que celles décrites pour son approbation.

Article 3. Opposabilité du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur, régulièrement déposé et diffusé, est opposable à tous les usagers de l'établissement, y compris les professionnels et les prestataires, sans que leur consentement individuel soit requis.

Section 2 – Missions et obligations de l'établissement

Article 4. Missions et obligations de l'établissement

L'établissement assure une mission de service public au bénéfice de la population à laquelle il procure les soins préventifs, curatifs ou palliatifs, ainsi que les examens de diagnostic qui lui sont nécessaires. Il concourt à l'enseignement et à la recherche dans le domaine de la santé.

Il garantit l'égal accès de tous aux soins et la continuité du service. Il veille à l'adaptation continue de ses moyens aux exigences de qualité de l'accueil et de sécurité des soins, ainsi qu'à la promotion et à l'exercice concret des droits individuels et collectifs des personnes malades et des usagers du système de santé, tels qu'ils sont énoncés par la loi.

Il accueille et admet en son sein toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite, de jour comme de nuit. Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades en ce qui concerne l'admission et les soins.

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

Le respect de la dignité et de la personnalité du patient, la prise en compte de sa douleur physique et psychologique, notamment en situation de fin de vie, ainsi que le devoir

d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels de l'établissement.

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

Section 3 – Le Groupement Hospitalier de territoire Hôpitaux Confluence

Article 5. Les Hôpitaux Confluence, établissements publics de santé

Le Groupement Hospitalier de Territoire Hôpitaux Confluence Val-de-Marne – Essonne est constitué de deux établissements publics de santé : le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC) et le Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges Lucie et Raymond Aubrac (CHIV).

Ils sont régis par une convention constitutive conformément à l'article L. 6132-1 du Code de la santé publique.

Les Hôpitaux Confluence sont en direction commune.

Le CHI Créteil et le CHI de Villeneuve-Saint-Georges sont des établissements publics de santé auxquels sont rattachés plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux (EHPAD, CAMSP, CSAPA etc.).

Article 6. Les instances du Groupement hospitalier de territoire Hôpitaux Confluence

Le Groupement hospitalier de territoire Hôpitaux Confluence comprend six instances, qui déterminent la stratégie et contribuent à son fonctionnement :

- Le Comité stratégique : il est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention constitutive et du projet médical partagé, ainsi que sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions du Groupement hospitalier de territoire.
- La Commission médicale de groupement : elle anime la réflexion médicale de territoire en élaborant le projet médical partagé. A ce titre, elle participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des sites du groupement.
- La Conférence territoriale du dialogue social : elle informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire.
- Le Comité territorial des élus locaux : il participe à l'évaluation des actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. A ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données. Il est informé de l'état d'avancement des projets relatifs aux fonctions mutualisées obligatoirement.
- La Commission paramédicale de territoire : elle émet un avis sur :
 - le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico technique du groupement ;
 - l'organisation des soins, des filières et des parcours de soins développés au sein du groupement ;

- la politique qualité et la gestion des risques du groupement ;
 - l'organisation de la prise en charge des patients au sein du groupement ;
 - la politique de formation mise en œuvre dans le groupement.
- ***Le Comité territorial des usagers*** : il participe à l'élaboration de la politique menée au sein du Groupement hospitalier de territoire en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est informée de l'organisation des parcours de soins ainsi que de la politique qualité et de sécurité élaborée.

La composition, le fonctionnement, les missions et les compétences de ces instances sont définis par le règlement intérieur du Groupement hospitalier de territoire Hôpitaux Confluence.

Article 7. L'identité visuelle du Groupement hospitalier de territoire Hôpitaux Confluence

Les Hôpitaux Confluence Val-de-Marne – Essonne sont dotés d'une identité visuelle qui témoigne de son unicité et de ses responsabilités, notamment exprimée par son logo et sa charte graphique, ainsi que les logos des établissements qui le composent.

Sans préjudice des modalités d'identification complémentaires qui sont propres aux différentes composantes des Hôpitaux Confluence (hôpitaux, pôles d'intérêt commun, structures médicales), les personnels veillent en toutes circonstances au respect de cette identité dans l'exercice de leurs fonctions et dans les actions de communication qui les accompagnent.

Section 4 – L'organisation administrative et médicale de l'établissement

Article 8. Gardes administratives de direction

Le Directeur général de l'établissement organise, avec les membres de son équipe de direction et, le cas échéant, d'autres cadres de direction et collaborateurs auxquels il a donné délégation, un service d'astreinte à domicile pour répondre à la nécessité de disponibilité d'une autorité responsable, susceptible de se rendre sur place dans des délais raisonnables.

A – La gouvernance

Article 9. Le Directeur général

Le Directeur général est président du Directoire et conduit la politique générale de l'établissement. Dans certaines matières, il exerce ses compétences après concertation avec le Directoire. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

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

Le Directeur général peut désigner des Directeurs adjoints, membres de son comité de direction, chargés de directions fonctionnelles et/ou de directions déléguées de pôles. Il réunit toutes les semaines l'ensemble des directeurs adjoints. Le Directeur général peut déléguer sa signature aux Directeurs adjoints.

Article 10. Le Président de la Commission médicale d'établissement

Le Président de la Commission médicale d'établissement est le vice-président du Directoire. Il élabore, avec le Directeur général, le projet médical de l'établissement et assure le suivi de sa mise en œuvre. Il coordonne la politique médicale de l'établissement.

Il est chargé, conjointement avec le Directeur général, 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.

Article 11. Le Directoire

Le Directoire est composé de membres de droit d'une part et de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique, d'autre part. Il approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques. Il conseille le Directeur général dans la gestion est la conduite de l'établissement.

La concertation préalable aux décisions du Directeur général se déroule à l'initiative de ce dernier et selon des modalités qu'il définit.

Son fonctionnement est défini par son règlement intérieur.

B – Les instances de concertation et de représentation du personnel

Article 12. Le Conseil de surveillance

Le Conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle de la gestion de l'établissement. Il délibère et donne son avis sur les matières qui lui sont attribuées par le Code de la santé publique.

Il est présidé par l'un de ses membres représentant des collectivités territoriales ou de leurs groupements, ou par une personnalité qualifiée.

Sa composition et son fonctionnement sont définis par son règlement intérieur.

Article 13. La Commission médicale d'établissement (CME)

La Commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle est, selon les cas, consultée ou informée, conformément à la réglementation.

La Commission médicale d'établissement donne son avis sur les orientations stratégiques de l'établissement, son organisation interne, la politique de coopération territoriale, de recherche et d'innovation, l'accueil et l'intégration des personnels et des étudiants, ainsi que la gestion prévisionnelle des emplois.

Sa composition et son fonctionnement sont définis par son règlement intérieur.

L'établissement est doté de sous-commissions spécialisées, sous l'égide de la Commission médicale d'établissement et de son Président, vice-président du Directoire, pour l'examen des

questions relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans le ou les domaines qui leur sont attribués :

- Le Comité de pilotage qualité et gestion des risques ;
- Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) ;
- Le Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ;
- La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ;
- La Commission médicale des anti-infectieux (COMAI).

A cet effet, sans préjudice de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques aux différents domaines traités, chaque sous-commission :

- 1° Participe à l'évaluation des pratiques des différents secteurs d'activité de l'établissement ;
- 2° Apprécie l'impact de la mise en œuvre des mesures adoptées par le conseil d'administration ;
- 3° Elabore un programme annuel d'actions et formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels.

Chaque sous-commission rend compte de ses analyses et activités dans un rapport annuel.

Ces sous-commissions conduisent leurs travaux en lien avec la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques, et la Commission des usagers.

Le Directeur général et le Président de la Commission médicale d'établissement définissent conjointement pour chacun des établissements et en concertation avec la Commission médicale d'établissement, les modalités de coordination de ces instances, dans le respect de leurs attributions respectives.

L'établissement est doté d'une Commission des usagers, qui exerce ses missions en collaboration avec la Commission médicale d'établissement sur les sujets relevant de sa compétence, ainsi qu'avec les sous-commissions visées au présent article.

Article 14. La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT)

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques est consultée ou informée sur les questions liées à l'organisation des soins.

Elle est consultée sur les matières qui lui sont attribuées par le Code de la santé publique.

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques. Les représentants élus constituent trois collèges : le collège des cadres de santé, le collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotéchniques et le collège des aides-soignants.

Elle est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques. Il rend compte, chaque année, de l'activité de la commission dans un rapport adressé au Directoire.

Son fonctionnement est défini par son règlement intérieur.

Article 15. Le Comité social d'établissement (CSE)

Le Comité social d'établissement est doté de compétences consultatives dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ses attributions concernent notamment : l'organisation et le fonctionnement des services, l'égalité professionnelle, la protection de la santé, l'hygiène et la sécurité des agents, la qualité et l'accessibilité des services rendus, les nouvelles lignes directrices de gestion (LDG) et les orientations en matière de politiques de ressources humaines.

Une Formation spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT) est instaurée auprès du Comité sociale d'établissement, ayant une compétence générale en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.

Le Comité social d'établissement et la formation spécialisée sont présidés par le Directeur général ou son représentant.

Leurs compositions et leurs fonctionnements sont définis par leur règlement intérieur.

Article 16. La Commission des usagers (CDU)

Au sein de l'établissement, une Commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge. Elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. A cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée, de ses représentants ou de ses ayants-droit. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel.

La Commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

La Commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président et aussi souvent que nécessaire pour procéder notamment à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative. La Commission dispose d'un règlement intérieur accessible sur demande.

Article 17. Les Commissions administratives paritaires locales (CAPL)

Les Commissions administratives paritaires locales ont vocation à donner un avis préalable à la prise de décisions sur le déroulement de carrière des agents.

Leurs compositions et leurs fonctionnements sont définis par leur règlement intérieur.

Article 18. La Commission recherche en soins (CoReSo)

L'établissement a mis en place une Commission recherche, instance au sein de laquelle les orientations stratégiques de l'établissement en matière de recherche font l'objet d'un échange et d'une réflexion.

C – L'organisation des soins de l'établissement

Article 19. Organisation interne de l'établissement

L'organisation interne de l'établissement a pour objectif de permettre la prise en charge des patients et de faciliter leurs parcours de soins, de promouvoir la qualité et la sécurité des soins, de développer un enseignement de qualité pour l'ensemble des professions de santé et de promouvoir la recherche médicale et paramédicale. Conformément aux dispositions légales sur l'organisation interne des établissements publics de santé telles qu'énoncées à l'article L. 6146-1 du Code de la santé publique, l'établissement est organisé en pôles d'activité. Les services médicaux et médicotechniques constituent les structures élémentaires et essentielles de l'organisation médicale de l'établissement. Ils assurent au plan médical et paramédical la prise en charge des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, la mise en œuvre des projets de recherche, qu'elle soit médicale ou paramédicale, et l'enseignement, en lien avec le contrat et le projet de pôle.

Les pôles, les services, leurs organes ou instances de fonctionnement et leurs responsables médicaux et paramédicaux sont garants de la qualité de vie au travail de chacun.

Les services sont créés, modifiés ou supprimés par décision conjointe du Directeur général et du Président de la Commission médicale d'établissement, conformément au projet médical d'établissement approuvé par le Directoire et après avis de ce dernier.

Des unités fonctionnelles peuvent également être créées selon le même processus.

Article 20. Chefferie de pôle

Le chef de pôle est nommé par décision conjointe du Directeur général et du Président de la Commission médicale d'établissement, Vice-président du Directoire, pour une durée de quatre ans. Leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions. Une parité femme/homme doit être recherchée pour la nomination des chefs de pôle. Cette parité s'évalue à l'échelle de l'établissement.

Le chef de pôle met en œuvre la politique définie de l'établissement afin d'atteindre les objectifs du pôle. Il organise, avec les équipes médicales, paramédicales, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle.

Le chef de pôle élabore un projet de pôle, en association avec les chefs de service et les cadres de santé du pôle.

Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

Le chef de pôle dispose d'une délégation de gestion dans des conditions prévues par le contrat de pôle.

Un contrat de pôle, précisant les objectifs et les moyens du pôle, est signé conjointement par le Président de la Commission médicale d'établissement et le Directeur général.

Article 21. Chefs de service et responsables d'unité fonctionnelle

Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle des pôles ou de service assurent la conduite générale du service ou de l'unité fonctionnelle dont ils sont en charge, la mise en œuvre des missions qui leur sont assignées et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée. Ils élaborent un projet de service ou d'unité fonctionnelle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Les chefs de services et les responsables d'unités fonctionnelles sont nommés, après avis du chef de pôle, par décision conjointe du Directeur général et du Président de la Commission médicale d'établissement, pour une durée de 4 ans renouvelables.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable d'unité fonctionnelle et/ou de chef de service par décision conjointe du Directeur général et du Président de la Commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle.

Article 22. Nomination et affectation des praticiens hospitaliers

Le recrutement des praticiens hospitaliers s'opère à la suite du succès au concours national de praticien hospitalier, organisé par le Centre National de Gestion (CNG).

Leur nomination dans les établissements publics de santé s'effectue dans le cadre des tours de recrutement organisés par le CNG, à la suite notamment de la publication des postes vacants par les établissements concernés dans le cadre d'une procédure organisée par le CNG et l'Agence Régionale de Santé. Les praticiens hospitaliers font acte de candidature sur les postes vacants.

La nomination d'un praticien hospitalier est proposée au Directeur d'établissement par le chef de pôle, sur proposition du chef de service, ou, à défaut, du responsable de l'unité fonctionnelle ou de structure interne, et après avis du Président de la Commission médicale d'établissement. Plusieurs candidatures peuvent être proposées. Dans cette hypothèse, elles font l'objet d'un classement.

La nomination effective est prononcée, sur proposition du Directeur d'établissement, par arrêté du Directeur général du Centre national de gestion.

L'affectation est ensuite prononcée par le Directeur d'établissement dans le pôle d'activité, le service, l'unité fonctionnelle ou la structure interne concernée.

En cas de mutation interne à un établissement ou de changement d'affectation consécutifs à un transfert de poste d'un pôle d'activité à un autre pôle du même établissement dans le cadre d'une réorganisation interne ou d'une nouvelle répartition des activités et emplois médicaux au sein du Groupement Hospitalier de Territoire résultant du projet médical partagé, l'affectation du praticien hospitalier dans le pôle, le service, l'unité fonctionnelle ou la structure interne concernée est prononcée par le Directeur de l'établissement après avis du Président de la Commission médicale d'établissement et du chef de pôle, sur proposition du chef de service ou du responsable de l'unité ou structure concernée.

Les praticiens contractuels sont recrutés par le Directeur de l'établissement après avis du Président de la Commission médicale d'établissement et du chef de pôle, sur proposition du chef de service, ou à défaut, du responsable d'unité fonctionnelle ou de structure interne concernée. Les praticiens contractuels sont recrutés dans le cadre des motifs et conditions prévus par la réglementation.

Les personnels médicaux correspondant à d'autres statuts séniors en post-internat (assistant, chefs de clinique,...) ou personnels hospitalo-universitaires font l'objet de dispositions de recrutement et de nomination spécifiques à leurs statuts.

Article 23. Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur

La gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien. Celui-ci est responsable du respect des dispositions réglementaires relatives à l'activité pharmaceutique. Il peut se faire aider de pharmaciens et de personnels spécialisés, placés sous son autorité technique.

La pharmacie à usage intérieur, disposant de locaux, de moyens en personnel, de moyens en équipement et d'un système d'information lui permettant d'assurer les missions prévues aux articles L. 5126-1, L. 5126-5 à L. 5126-8 et L. 5126-10, ainsi que les activités prévues à l'article R. 5126-9 qu'elle est autorisée à assurer, est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par l'établissement, service ou organisme dont elles relèvent, ou au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou d'un groupement de coopération sanitaire dans lequel elles ont été constituées. A ce titre, elles ont pour missions :

1° D'assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, des dispositifs mentionnés à l'article premier du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires définis à l'article L. 5121-1-1, et d'en assurer la qualité ;

2° De mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient ;

3° D'entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé mentionnés au 1°, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs mentionnés à l'article premier du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 stériles mentionnée à l'article L. 6111-2 ;

4° S'agissant des pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé, d'exercer les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité mentionnées à l'article L. 5126-8 ;

5° Pour des pathologies dont la liste est fixée par arrêté, de renouveler les prescriptions des patients pris en charge par l'établissement et de les adapter, dans le respect d'un protocole mentionné à l'article L. 4011-4 ;

6° Pour les personnes prises en charge par l'établissement, le service ou l'organisme dont elles relèvent et les personnels exerçant au sein de ces derniers, de pouvoir prescrire certains vaccins, dont la liste est fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament ;

7° Pour les personnes prises en charge par l'établissement, le service ou l'organisme dont elles relèvent et les personnels exerçant au sein de ces derniers, de pouvoir administrer

certaines vaccins, dont la liste est fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé.

Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :

- a) Les catégories de personnes habilitées à prescrire et à administrer ces vaccins ;
- b) Les personnes susceptibles de se voir prescrire et administrer ces vaccins ;
- c) Les conditions dans lesquelles la prescription et l'administration des vaccins peuvent être réalisées.

Ces missions peuvent être exercées par la pharmacie à usage intérieur pour son propre compte, et dans le cadre de coopérations, pour le compte d'une ou plusieurs autres pharmacies à usage intérieur.

Article 24. Continuité des soins et permanence médicale et pharmaceutique

La continuité et la permanence des soins découlent du principe de continuité du service public hospitalier.

L'organisation des activités médicales, pharmaceutiques et odontologiques comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

La permanence des soins a pour objet d'assurer de jour et de nuit, y compris le week-end et les jours fériés, la prise en charge et pendant chaque nuit, le samedi après-midi et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou, le cas échéant, admis en urgence.

La permanence médicale et pharmaceutique est organisée sous formes de gardes et/ou d'astreintes, conformément à la réglementation et à l'organisation arrêtée au sein de l'établissement. Dans le cadre des dispositions réglementaires sur l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence médicale et pharmaceutique dans les établissements publics de santé, le Directeur général, avec la Commission de l'organisation et de la permanence des soins, prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique, après consultation des chefs de service et/ou des responsables de structure.

Le Directeur général arrête les tableaux mensuels nominatifs de participation au service de garde, sur proposition du chef de service ou du responsable de structure. A cet effet, ces tableaux sont transmis à la Direction en charge des affaires médicales avant le 27 du mois précédent le mois concerné.

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

Article 25. Visite médicale quotidienne

Une visite médicale a lieu chaque jour dans les unités d'hospitalisation. Elle est assurée par un praticien du service, dans les conditions arrêtées par le chef de service ou responsable d'unité fonctionnelle.

Article 26. Personnel médical et pharmaceutique et continuité du service

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical et pharmaceutique de l'établissement, dans toutes les disciplines, ainsi que les

personnels accomplissant le 3^e cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques, assurent :

- les services quotidiens du matin et de l'après-midi des jours ouvrables (examens et soins des malades hospitalisés, services de soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et produits de compétence pharmaceutique tels que visés par l'article L. 4211-1 du Code de la santé publique) ;
- la participation à la continuité et à la permanence des soins et à la permanence pharmaceutique ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service.

Dans certains services, des activités de début de soirée peuvent être organisées.

Article 27. Internes et docteurs juniors

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

En stage, les internes sont placés sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil. Ses obligations de service comprennent huit demi-journées par semaine en stage et deux demi-journées hors stage :

- Une demi-journée de formation pendant laquelle il est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité. Cette demi-journée est décomptée comme du temps de travail effectif et est comptabilisée dans les obligations de service de l'interne ;
- Une demi-journée de temps personnel de consolidation de ses connaissances et compétences que l'interne utilise de manière autonome. Cette demi-journée n'est pas décomptée comme du temps de travail effectif mais est comptabilisée dans les obligations de service de l'interne.

Les obligations de service des internes, sont calculées en moyenne sur le trimestre.

Les internes participent à la permanence des soins, notamment au service de gardes des internes. Le temps réalisé pendant les gardes est décompté comme du temps de travail effectif et comptabilisé dans les obligations de services. Les internes bénéficient des dispositions relatives au repos de sécurité, lequel ne peut donner à l'accomplissement des obligations de service en stage et hors stage.

Les internes en médecine assurent les visites médicales complémentaires des patients chaque jour, aux heures arrêtées par le responsable de la structure interne concernée.

Les docteurs juniors sont des étudiants de troisième cycle, internes en phase 3 dite « de consolidation » de ce troisième cycle. Le docteur junior exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale ou des missions de pharmacie hospitalière, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome. Il suit sa formation sous le régime de l'autonomie supervisée, selon un référentiel de mise en situation se référant aux maquettes de formation définies pour chaque spécialité fixant les étapes du parcours permettant au docteur junior d'acquérir progressivement une pratique professionnelle autonome. Après un entretien individuel à l'entrée dans la phase 3, avec le coordonnateur local ou l'enseignant coordonnateur interrégional, régional ou de subdivision de la spécialité et le praticien responsable du lieu de

stage, la nature, le nombre et les conditions de réalisation des actes que le docteur junior est en mesure d'accomplir en autonomie supervisée font l'objet d'une concertation entre le docteur junior et le praticien responsable du lieu de stage, en lien avec le coordonnateur local ou l'enseignant coordonnateur interrégional de la spécialité. La nature des actes est progressivement diversifiée jusqu'à recouvrir, au terme de cette phase, l'intégralité des mises en situation figurant dans le référentiel. Les actes réalisés sous ce régime le sont par le docteur junior seul.

La supervision est assurée par un praticien auquel le docteur junior peut avoir recours à tout moment de son exercice, conformément aux tableaux de service. Elle a pour objet le conseil, l'accompagnement dans les actes médicaux accomplis par le docteur junior et la prise en charge d'une situation à laquelle ce dernier ne pourrait faire face en autonomie.

Le praticien responsable du lieu de stage ou, en son absence, un médecin, un pharmacien ou un chirurgien-dentiste affecté dans ce lieu, organise la restitution régulière par le docteur junior de toute activité réalisée en autonomie.

Les actes que le docteur junior ne réalise pas encore en autonomie supervisée sont réalisés dans les conditions en vigueur pour les internes.

Le docteur junior exerce ses fonctions par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

Le principe de laïcité s'applique aux internes de la même manière qu'aux autres professionnels de l'établissement.

Article 28. Étudiants hospitaliers

Les étudiants participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens hospitaliers et dans le cadre d'exercice fixé par leur formation.

Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation.

Article 29. Praticiens associés et praticiens attachés associés

Les praticiens associés et les praticiens attachés associés sont notamment lauréats des épreuves de validation des connaissances (EVC) ou bénéficient d'une autorisation temporaire d'exercice en tant que praticiens relevant de l'un de ces statuts. Ils sont affectés dans l'établissement selon des procédures spécifiques relevant du CNG et ou de l'ARS.

Les praticiens associés exercent des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale.

Les titulaires d'un diplôme en pharmacie exercent soit les fonctions définies aux articles L. 5126-1 et suivants du Code de la santé publique, soit des fonctions liées à la spécialité pour laquelle ils réalisent le parcours de consolidation des compétences ou le stage d'adaptation.

Les praticiens associés exercent leurs fonctions par délégation, sous la responsabilité directe du praticien responsable de la structure dont ils relèvent ou de l'un de ses collaborateurs médecin, chirurgien, odontologiste ou pharmacien.

Ils participent au service de garde des internes. Ils peuvent également être appelés à collaborer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique organisées sur place, en appui et sous la responsabilité des personnels médicaux statutairement habilités à participer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique. Ils ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements.

Les praticiens attachés associés participent à l'activité de l'établissement public de santé sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou de l'un de ses collaborateurs médecin, chirurgien, odontologiste ou pharmacien. A ce titre, ils peuvent exécuter des actes médicaux ou pharmaceutiques de pratique courante.

Ils peuvent être appelés à collaborer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique organisée sur place, en appui des personnels médicaux du service statutairement habilités à participer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique et sous leur responsabilité. Ils ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements.

Les praticiens associés et les praticiens attachés associés bénéficient des dispositions relatives au repos de sécurité.

Article 30. Coordination des soins dispensés aux patients

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

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement. Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Pour cela, ils tracent préférentiellement leurs transmissions, leurs interventions, leurs actes dans les outils institutionnels à disposition. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient et/ou de son entourage, de la personne de confiance.

Les professionnels de santé exercent dans le respect du cadre déontologique de leur profession.

Article 31. Soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques

La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est confiée au Directeur des soins, coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, membre du Directoire et nommé par le Directeur. Il coordonne l'organisation, la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques et l'évaluation des pratiques professionnelles. Il participe au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins.

Il propose au Directeur général l'affectation de ces personnels.

Il participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins. Le Directeur des soins élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de

rééducation et médicotechniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le projet de soins prend une dimension territoriale déclinée au sein du Groupement hospitalier de territoire Hôpitaux Confluence.

La qualité, la sécurité, la gestion des risques associés aux soins sont déclinés en collaboration étroite avec le président de la commission médicale d'établissement, ses confrères ainsi la direction de la qualité, gestion des risques et relations usagers. Cette collaboration est élargie aux autres directions fonctionnelles et acteurs, le cas échéant.

Les cadres de pôle assurent des missions d'organisation et de planification des soins et des activités médicotechniques. Les cadres de santé paramédicaux assurent l'encadrement des équipes paramédicales. Ils contrôlent la qualité des soins, la prise en charge des patients et autres activités de l'équipe. Les professionnels de santé infirmiers, de rééducation et médicotechniques diplômés d'État ou équivalents exercent les actes professionnels relevant de leurs compétences, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Article 32. Etudiants des instituts de formation aux professions paramédicales

Les étudiants des instituts de formation aux professions paramédicales participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des cadres paramédicaux et des professionnels soignants du service. Ils sont soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales, des règles institutionnelles et de la fonction publique hospitalière lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation.

Le principe de laïcité s'applique aux étudiants stagiaires de la même manière qu'aux autres agents de l'établissement.

Les étudiants paramédicaux contribuent, dans le cadre de leur stage, à la prise en charge des malades et à la réalisation des soins qui leur sont confiés, en fonction de leur niveau de formation et des objectifs de stage, et sous le contrôle d'un tuteur de stage.

Ils peuvent suivre des enseignements pratiques dispensés au sein du groupe hospitalier et des enseignements théoriques organisés par les centres de formation, les services et l'université. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Ils peuvent participer à des manifestations de santé publique au sein de l'établissement

D – L'organisation hospitalière de l'établissement

Article 33. Organisation de l'établissement

L'établissement est un centre hospitalier où, dans le respect des malades, sont organisés à la fois des enseignements publics, pharmaceutiques, des enseignements paramédicaux, ainsi que des activités de recherche médicale et pharmaceutique.

L'établissement est lié à cet effet par des conventions spécifiques avec des unités de formation et de recherche. Il organise conjointement avec ces unités les activités de l'établissement qui sont aménagées dans cette perspective. Les législations et réglementations hospitalières sont applicables aux structures de l'établissement.

Article 34. Tranquillité et respect dû aux patients, confidentialité des informations

L'exercice de l'activité universitaire, tant par le fait des personnels qui y concourent que par celui de ses installations et matériels, ne doit pas troubler le repos des malades.

Les étudiants et les membres du personnel universitaire et des organismes de recherche doivent en toutes circonstances observer la plus grande correction à l'égard des malades, ainsi qu'une discrétion absolue. Le personnel médical d'encadrement/accompagnement des internes et étudiant paramédicaux est responsable de la bonne tenue des visites et stages. Les personnels de l'établissement, ainsi que tous les intervenants pénétrant dans les locaux qui ont reçu communication d'informations, de documents ou d'autres éléments concernant directement ou non les malades sont tenus d'en assurer la confidentialité. Ces éléments ne peuvent, sans autorisation, être communiqués à d'autres personnes que celles qui ont la qualité pour en connaître ou être exploités par les personnes qui en ont pris connaissance, dans le respect des lois relatives à la protection de la vie privée et du règlement général de protections des données personnelles.

Article 35. Accès des étudiants

Les étudiants autorisés dans le cadre des conventions hospitalo-universitaires à fréquenter les structures médicales du centre hospitalier pour y recevoir un enseignement sont :

- les étudiants en médecine de 1er et 2e cycles, ainsi, le cas échéant, que les étudiants de 1er ou 2e cycles d'odontologie et de pharmacie, les étudiants des diverses formations en santé de l'unité de formation et de recherche de médecine, les étudiants en biologie de l'unité de formation et de recherche de l'université... Ils sont tenus de porter sur eux le badge nominatif qui leur a été remis et de la présenter à toute invitation de l'autorité universitaire ou de la Direction de l'établissement ;
- les internes et étudiants de 3e cycle. Il leur est délivré par les unités de formation et de recherche une carte individuelle valide pour l'année universitaire en cours, distincte de la carte d'étudiant. Ils sont tenus de la porter sur eux et de la présenter sur invitation de l'administration hospitalière ;
- les étudiants en médecine qui font des stages d'observation par convention avec l'Université Paris-Est Créteil.

Ils sont tenus de porter sur eux le badge nominatif de l'établissement.

Article 36. Plan de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

L'établissement est doté d'un dispositif de crise gradué qui lui permet de mobiliser les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Dans ce cadre, les personnels ont l'obligation de communiquer leur adresse postale et leur numéro de téléphone, et d'actualiser ses données auprès de l'administration de l'établissement, chaque agent pouvant être rappelé à tout moment.

Article 37. Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'établissement

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

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

- L'alerte des services chargés de l'aide médicale d'urgence ;
- L'envoi sur les lieux d'une équipe désignée localement et chargée de donner les premiers soins, d'apprécier la gravité de la situation, de prendre toutes les mesures de protections nécessaires avant l'arrivée des services compétents et de transmettre à ces derniers le bilan et les besoins constatés.

Le Directeur général de l'établissement ou son représentant doivent être immédiatement informés de la situation.

CHAPITRE 2 : REGLES DE SECURITE GENERALE

Section 1 – Nature et opposabilité des règles de sécurité

Article 38. Nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers, ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'établissement en fonction des circonstances locales. En tant que responsable de la conduite générale, le Directeur d'établissement les édicte par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements. Le directeur veille, en tant que responsable du bon fonctionnement du centre hospitalier, au respect des règles de sécurité du fonctionnement de l'établissement et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

Article 39. Opposabilité des règles de sécurité

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

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

Sauf dispositions contraires prévues dans la convention d'occupation du domaine public, les règles de sécurité en vigueur au sein de l'établissement sont opposables aux organismes logés sur son domaine public. Le présent règlement intérieur est porté à cet effet à leur connaissance. Lesdits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du directeur général les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

Section 2 – La sécurité générale

Article 40. Substances et objets prohibés

L'établissement apporte tout le soin nécessaire pour subvenir aux besoins et aux comforts des usagers et des personnels. Dès lors, et afin d'éviter le risque incendie, il est interdit d'adjoindre différents appareils électriques tels que les réchauds, les radiateurs électriques, les couvertures chauffantes, les multiprises, les grille-pains, les minifours à résistance, les plaques de cuisson, etc.

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, et sous réserve des dispositions de l'article 49, il est interdit d'introduire au sein de l'établissement, animaux, alcool, armes, explosifs, produits stupéfiants, incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès du service de sûreté de

l'établissement. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

Article 41. Accès à l'établissement

L'accès dans l'enceinte de l'établissement est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions. Les conditions matérielles de l'accès de ces personnes sont organisées par le Directeur général, qui, le cas échéant, peut prendre, dans l'intérêt général, les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur général, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein du centre hospitalier n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et aux besoins reconduits à la sortie de l'établissement.

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

Pour accéder aux locaux de l'établissement, l'établissement délivre des badges nominatifs à tous les membres de ses personnels. Ces badges doivent être portés de manière visible et présentés en tant que de besoin à l'entrée des structures médicales et à toutes réquisitions d'un agent habilité.

L'accès des salles et des locaux hospitaliers est formellement interdit aux étudiants en dehors des heures où ils y sont appelés pour les besoins de l'enseignement. Cette interdiction s'applique également au personnel en dehors de ses heures de service, sauf autorisation spéciale du Directeur d'établissement.

Article 42. Calme et tranquillité au sein de l'établissement

Tout patient, accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'établissement, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'hôpital.

Si le trouble est causé par un patient, le Directeur général peut pour raisons disciplinaires mettre fin au séjour. Le patient sera orienté vers une structure de soins compétente adaptée à son état de santé.

Article 43. Périmètre d'intervention des personnels de sécurité générale

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur général, dans le strict respect du Code de la sécurité intérieure et du Code général de la Fonction publique. Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par les articles 223-6 du Code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril), 73 du Code de procédure pénale (crime ou délit flagrant) et 122-5, 122-6 et 122-7 du Code pénal (légitime défense ou état de nécessité).

Ils ne peuvent intervenir dans les unités de soins qu'à la demande du Directeur d'établissement ou des personnels responsables de ces unités. Ils ne peuvent effectuer aucune fouille, ni vérification d'identité.

Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive. Ils peuvent retenir à la sortie de l'établissement, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'établissement, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par une unité de soins.

Article 44. Périmètre d'exploitation des matériels de sécurité générale

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéo-protection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances représentatives locales compétentes de l'établissement concerné. Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel.

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéo-protection doivent en particulier respecter les dispositions du Code de la sécurité intérieure, de l'arrêté ministériel du 3 août 2017 et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Article 45. Respect et protection des personnels

Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis de l'établissement et des personnels hospitaliers. L'établissement assure en cas de menaces, de violences, de voies de fait, d'injures, de diffamations ou d'outrages la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel. Le Directeur général ou son représentant porte plainte pour les dommages subis par l'établissement. Les personnels hospitaliers sont conseillés et accompagnés dans leur démarche par l'établissement.

Article 46. Rapports avec les autorités de police

Le Directeur général et par délégation le responsable sécurité ont seuls la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Ils leurs reviennent de décider s'il y a lieu de demander au sein de l'établissement une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

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

Article 47. Rapports avec l'autorité judiciaire

Le Directeur général informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

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

Article 48. Situations exceptionnelles

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

Le Comité social d'établissement en est informé pour les matières relevant de sa compétence. Le Directeur général peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, des armoires individuelles, des véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation.

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

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

En cas de situation sanitaire exceptionnelle, le Directeur général rend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'établissement, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

Article 49. Interdiction des animaux

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles, ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'établissement, sauf autorisation spéciale du Directeur général.

La présence de tout animal errant dans l'établissement est immédiatement signalée à la Mairie qui dépêche une entreprise spécialisée qui prendra en charge l'animal concerné.

Article 50. Maîtrise des risques

Le Directeur général prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des personnels fréquentant l'établissement. À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'établissement, le Directeur général définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des responsables des structures médicales et des instances concernées. Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives locales compétentes de l'application des plans d'action et de prévention.

Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles

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

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement au directeur ou à son représentant, qui informe le Comité social d'établissement en Formation spécialisée santé, sécurité et conditions de travail. Conformément à la réglementation, le service de santé au travail, en lien avec le département Qualité de Vie au Travail, assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

Article 51. Astreinte technique

Le Directeur général organise une astreinte technique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement du centre hospitalier. Il désigne les agents des services techniques de l'établissement qui participent à cette astreinte.

Article 52. Sécurité incendie

L'établissement est soumis notamment aux dispositions générales (arrêté du 25 juin 1980 modifié) et aux dispositions particulières (arrêté du 10 décembre 2004 modifié) du règlement de sécurité contre l'incendie applicable aux établissements recevant du public (ERP) et aux règles édictées par l'arrêté du 30 décembre 2011 applicable aux Immeubles de Grande Hauteur (IGH).

Toutes les opérations de maintenance réglementaire et d'entretien périodique sont mentionnées dans un registre de sécurité mis à jour périodiquement et présenté à la commission de sécurité lors de ses visites.

Article 53. Interdiction de fumer et de vapoter

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

Article 54. Interdiction des stupéfiants

Il est interdit de faire usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants au sein de l'établissement.

Article 55. Voirie hospitalière

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'établissement constituent des dépendances du domaine public, que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public. En cas de vol, de dommage, d'accident, les règles et procédures générales de responsabilité et d'indemnisation s'appliquent au sein de l'établissement.

Article 56. Règles de compétence

Sous réserve de l'application du Code de la route dans ses dispositions applicables aux voies des établissements publics de santé, le Directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et

le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin de garantir le libre accès des véhicules de secours public et d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des patients et l'accès aux services d'urgences) et sa maintenance (livraisons, travaux).

En matière de circulation, le Directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies et parkings, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (notamment les camions, les caravanes). En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement et limiter l'accès au nombre de véhicules correspondant au nombre de places de stationnement libres.

Article 57. Signalisation et sanctions

Toutes les dispositions prises en application de l'article 55 doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer. Leur attention doit être appelée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit et, que, sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'établissement, elles ne sauraient donc engager la responsabilité de l'établissement, notamment en cas de vols ou de dommages.

Leur attention doit aussi être appelée sur le fait qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peuvent entraîner un retrait des autorisations accordées, qu'un stationnement gênant peut, s'il compromet le fonctionnement de l'établissement, entraîner une mise en fourrière du véhicule, qu'un stationnement dangereux compromettant la circulation des véhicules de secours publics peut non seulement entraîner d'importants dégâts au véhicule gênant, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à l'encontre du conducteur, et qu'un stationnement abusif peut également entraîner une mise en fourrière dans les conditions prévues par le Code de la route.

Article 58. Stationnement des véhicules des professionnels

Le stationnement gratuit au sein de l'établissement ne peut être garanti aux professionnels.

CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

Section 1 – Principes fondamentaux liés au respect du patient et des personnels de l'établissement

Article 59. Rapports de bonne confraternité

Les personnels doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Il leur est interdit de calomnier un autre membre du personnel, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de ses fonctions. Un membre du personnel en conflit avec un autre membre doit rechercher la conciliation.

Article 60. Accueil et respect du libre choix des familles

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances. Le libre choix des patients et des familles doit être rigoureusement respecté, notamment lorsqu'ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, à des opérateurs funéraires ou à des prestataires d'aides et services à la personne.

Article 61. Promotion de la bientraitance

Les personnels de l'établissement agissent dans le souci du patient. Ils sont attentifs à ses besoins et à ses demandes, respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits du patient et l'amélioration de sa vie quotidienne. L'établissement veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives.

Article 62. La délivrance d'information

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers en toutes circonstances et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement.

Article 63. Secret Professionnel

Le secret professionnel est un principe fondamental institué dans l'intérêt des patients. Il s'impose à tous. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Il concerne tout professionnel hospitalier et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein de l'établissement. Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Il ne peut être dérogé au secret professionnel que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi :

- la déclaration de naissance ;
- le certificat de décès ;

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

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

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

Les personnels hospitaliers sont tenus par les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires, les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informé le Directeur général de l'établissement.

Article 64. Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels de l'établissement sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et les informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, des agents d'assurance et des démarcheurs.

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

Article 65. Bon usage du système d'information

L'établissement met à disposition de son personnel des outils informatiques et de communication. Les agents, ainsi que tous les utilisateurs du système d'information sont tenus de respecter les dispositions de la Charte du bon usage des systèmes d'information de l'établissement.

Article 66. Devoir de réserve

Tout professionnel doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il doit en faire preuve dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles. Cette obligation ne concerne pas le contenu des opinions, la liberté d'opinion étant reconnue aux professionnels, mais leur mode d'expression.

Le devoir de réserve s'applique pendant et hors du temps de service. Il continue de s'appliquer aux personnels suspendus de leurs fonctions ou en disponibilité.

Article 67. Respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ni pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients, ni sur leurs familles, ni sur les professionnels de l'établissement.

Article 68. Devoir de neutralité et principe de laïcité

Les personnels ont un devoir de stricte neutralité. Ils doivent s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les usagers de l'établissement. A ce titre, ils ne doivent pas manifester leurs convictions, qu'elles soient religieuses, philosophiques ou politiques.

En application du principe de laïcité de l'Etat et de neutralité des services publics, il est interdit aux professionnels, dans l'exercice de leurs fonctions, de manifester leurs opinions ou préférences en matière religieuse par leurs comportements, leurs propos ou leurs tenues vestimentaires, qu'ils soient ou non au contact des patients et/ou de leur famille.

Dès lors, l'obligation de neutralité religieuse fait interdiction à un agent de manifester sa conviction religieuse par le port d'un signe ou d'un vêtement ayant un caractère religieux par nature et par destination. Notamment, le port d'une charlotte de bloc opératoire ou de tout autre couvre-chef, en dehors des situations dans lesquelles elle est requise pour les besoins du service, constitue l'expression d'une appartenance religieuse et, ainsi, un comportement professionnel fautif. Il en va de même pour tout vêtement couvrant (masque, gants, etc.) dès lors qu'il ne constitue pas un composant de la tenue vestimentaire réglementaire du professionnel.

De même, les professionnels ne peuvent à aucun moment tenir des propos ou avoir un comportement à caractère religieux qui seraient de nature à faire douter les usagers de la neutralité du service et leur faire craindre un traitement inégalitaire de la part des services de l'établissement.

Enfin, les professionnels doivent s'abstenir de toute forme de prosélytisme, c'est à dire avoir une attitude ayant pour but de diffuser ses convictions religieuses auprès des usagers de l'établissement.

Le fait de refuser de se conformer aux présentes dispositions constitue une faute disciplinaire pour manquement à l'obligation de neutralité.

L'ensemble des étudiants paramédicaux et médicaux en stage au sein de l'établissement sont assimilés à des agents publics et sont, de ce fait, soumis au devoir de neutralité.

Le principe de neutralité religieuse n'est pas opposable aux professionnels employés en qualité d'aumônier quelle que soit leur confession dès lors qu'ils respectent la volonté des patients.

Article 69. Sollicitude envers les patients

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

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

Article 70. Lutte contre le bruit

Chaque membre du personnel doit par son comportement participer à la lutte contre le bruit, notamment la nuit.

Section 2 – Les obligations des personnels

Article 71. L'assiduité et la ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'établissement avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

Les horaires de travail des personnels sont établis dans le respect du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Les amplitudes horaires et roulements sont définis dans les maquettes organisationnelles des services. Les plannings prévisionnels sont portés à la connaissance des personnels au plus tard le 15 du mois précédent.

Article 72. La continuité du service public

En cas d'absence imprévue d'un agent devant prendre ses fonctions, et si les nécessités de service l'imposent, le personnel déjà en service est tenu de rester à son poste et d'assurer la continuité du service public. Le cadre ou l'administrateur de garde doivent rechercher dans les meilleurs délais et par tous les moyens une solution de remplacement.

Les conditions relatives à l'obligation de continuité du service public légitiment la communication des données personnelles à l'établissement. Afin de concilier le caractère confidentiel des données personnelles et la possibilité d'être joint en cas de rappel, ces listes sont utilisées après épuisement des autres solutions de recours et sur autorisation du Directeur général.

Article 73. L'identification des personnels

Afin d'être facilement identifiables, les personnels sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur badge professionnel précisant notamment leur nom, leur prénom et leur qualité.

Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles, aux étudiants ainsi qu'aux prestataires.

Article 74. La tenue des personnels

La tenue professionnelle est un élément du respect dû aux patients. Une tenue et un langage corrects sont exigés de l'ensemble du personnel. La familiarité à l'égard des patients et de leurs proches est formellement proscrite.

Le professionnel doit se conformer aux règles d'hygiène en vigueur. A ce titre, lorsque le personnel est concerné par une tenue vestimentaire réglementaire, il lui est fait obligation de la porter durant le service et de la quitter hors des heures de service. Il en est de même pour les chaussures. Le port de cette tenue au self et en dehors du service, n'est pas admis, sauf urgence.

Le port de la tenue hospitalière en dehors de l'enceinte de l'établissement est strictement interdite.

Chaque agent est responsable des tenues qu'il utilise. La tenue vestimentaire doit donc être portée pendant toute la durée du service. Pour des raisons d'hygiène, les tenues sales doivent être déposées dans les sacs de linge sale du service prévus à cet effet, afin qu'elles soient acheminées et traitées par la blanchisserie. Il est strictement interdit d'amener les tenues chez soi. Une tenue irréprochable dans l'habillement, comme dans le langage, est exigée de l'ensemble du personnel.

Article 75. La consommation d'alcool ou de substances psychoactives

Il est formellement interdit de consommer de l'alcool pendant le service, en dehors d'événements autorisés par la Direction.

Les agents contrevenant à l'interdiction de l'introduction et de la consommation de substances psychoactives s'exposent à des sanctions pénales et disciplinaires.

Conformément à l'article R. 4228-21 du Code du travail, « *il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse* ».

Aussi, lorsque l'agent présente un comportement évoquant fortement une prise d'alcool ou d'autres substances psychoactives (propos incohérents, troubles de l'équilibre, attitude agressive, excitation anormale, somnolence, nausées, élocution difficile, haleine alcoolisée, pupilles dilatées, diminution des réflexes, etc.), il doit être reçu par son supérieur hiérarchique pour une analyse de la situation. Celui-ci réalise un constat écrit détaillant le comportement observé et les circonstances de survenue de celui-ci. Cette feuille de constat est transmise sans délai au médecin du travail, qui analysera l'adéquation entre l'état de santé de l'agent et son poste de travail, et pourra orienter l'agent vers un accompagnement thérapeutique et médicosocial.

Au-delà du repérage des usages de substances psychoactives et de leurs conséquences, le médecin du travail recherche également à prévenir les facteurs professionnels susceptibles d'initier, favoriser ou renforcer ces conduites de consommation.

En cas de suspicion d'imprégnation alcoolique aiguë, la Direction peut demander à ce que soient réalisés, par une personne désignée par elle, habilitée et formée à cet effet, une mesure du taux d'alcool dans l'air expiré (éthylotest) et un dosage de l'alcoolémie par prélèvement sanguin en cas de positivité.

En cas de suspicion de consommation de substances psychoactives, la Direction peut demander à ce que soient réalisés, par une personne désignée par elle, habilitée et formée à cet effet, un dosage des substances suspectées par prélèvement sanguin.

Les tests doivent être pratiqués de façon discrète, garantissant le respect de la dignité et le droit de la défense, et l'agent soumis au dépistage peut faire appel à un témoin de son choix. Les agents doivent être informés, par tout moyen approprié, que l'ensemble des informations, confidences, observations cliniques et conclusions des tests de dépistage sont couverts par le secret médical. L'agent contrôlé peut contester les résultats et demander à bénéficier d'une contre-expertise par une prise de sang, effectuée dans les plus brefs délais par un laboratoire de son choix.

Le refus de l'agent de se soumettre aux tests, lorsque ces derniers sont assortis de conditions permettant le respect de ses droits et de sa dignité humaine, peut entraîner une sanction disciplinaire.

Au regard des circonstances et des résultats du contrôle, le Directeur peut décider de l'éloignement immédiat de l'agent de son poste de travail. Il peut donner lieu à une sanction disciplinaire et, à titre conservatoire, à une suspension des fonctions en cas de risque pour l'intérêt du service et la sécurité des personnels, ainsi que des patients.

La hiérarchie devra s'assurer que l'agent en état d'ébriété ou sous l'emprise d'une substance psychoactive ne reprend pas son véhicule personnel, et il lui appartient de le faire raccompagner à son domicile par tout moyen jugé adéquat.

Article 76. L'usage du téléphone portable

L'usage du téléphone portable à des fins non-professionnelles est prohibé sur le lieu de travail. Cependant, un usage personnel limité avec tact et mesure est toléré.

La violation répétée de cette disposition pourra donner lieu à des sanctions disciplinaires.

Par ailleurs, destinées à un usage sur la base du volontariat, les applications dédiées aux professionnels de santé restent des outils que chaque professionnel est libre d'intégrer ou non à sa pratique par le biais de son téléphone portable personnel. De même, les messageries instantanées ne constituent pas un canal institutionnel de communication officielle au sein de l'établissement.

En tout état de cause, le professionnel faisant ce choix se doit de respecter un usage raisonné de son téléphone portable sur son temps de travail, afin que cet outil ne vienne pas perturber le travail de chacun et, *in fine*, la prise en charge des patients.

Article 77. L'obligation de désintéressement

Il est interdit à tout membre du personnel de l'établissement d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

Article 78. L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels de l'établissement sont tenus de se consacrer exclusivement à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls d'activités.

Article 79. L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels de l'établissement de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche, ni d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Également, les agents ne doivent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

Article 80. L'obligation de déposer les argent, valeurs ou objets confiés par les malades ou trouvés au sein de l'établissement

Aucun agent de l'établissement ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des patients.

Ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès de régisseur de l'établissement ou, en dehors des heures d'ouverture de la caisse, dans les coffres destinés à cet usage. Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein de l'établissement doit être directement remis au responsable de la sécurité générale désigné par le Directeur, afin qu'il en organise la centralisation et en assure la restitution.

Article 81. L'exécution des instructions reçues

Tout agent de l'établissement, 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 déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

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

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

Article 82. L'information du supérieur hiérarchique

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique dans les meilleurs délais des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

Article 83. Le bon usage des biens de l'établissement

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'établissement. Les dégradations causées par la faute ou la négligence du personnel amèneront l'établissement à en demander la réparation pécuniaire.

Article 84. Le respect de la politique d'affichage

L'affichage renvoie à toute inscription, forme ou image, destinée à informer les usagers de l'établissement ou à attirer son attention, sur quel que support que ce soit. Toute dégradation volontaire de l'affichage pourra donner lieu à des sanctions disciplinaires.

Par ailleurs, l'établissement détermine une politique d'affichage qui précise les lieux et les conditions dans lesquels les personnels et représentants du personnel sont autorisés à afficher des informations. L'affichage qui ne respecte pas les conditions prévues par la politique d'affichage, ou « affichage sauvage », est strictement interdit.

Article 85. Le respect des règles d'hygiène et de sécurité

Le Comité social d'établissement a notamment pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des personnels de l'établissement, y compris des personnels temporaires et des personnels des entreprises extérieures, ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail. Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières.

Tous les agents de l'établissement doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers. Ils prennent toutes les dispositions utiles pour limiter les risques infectieux pour les patients, pour les autres personnels et pour eux-mêmes, selon les procédures en vigueur au sein de l'établissement.

Les médecins hospitaliers et les cadres de santé veillent à promouvoir personnellement au sein de leurs services l'ensemble de ces règles d'hygiène et de protection des patients

Article 86. L'obligation de signalement des accidents médicaux, des affectations iatrogènes, des infections nosocomiales

Tout agent de l'établissement qui a constaté une infection associée aux soins, par exemple une infection nosocomiale, ou tout événement indésirable grave associé aux soins, dans le cadre d'actes de prévention, d'investigations, de traitements, y compris à visée esthétique, est tenu d'en informer par écrit le directeur de l'établissement conformément à la procédure définie localement.

Concernant les vigilances sanitaires chaque professionnel de santé est tenu d'alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'établissement la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernés.

Les professionnels concernés analysent les causes de ces infections et événements indésirables.

Une charte de déclaration des événements indésirables est validée par la Commission médicale d'établissement et mise à disposition des professionnels via la gestion documentaire électronique.

Article 87. Le service minimum et l'assignation en cas de grève

Le droit de grève est reconnu aux personnels de l'établissement. Pour autant, le personnel indispensable à la sécurité de la prise en charge des patients peut voir son droit de grève restreint pour répondre aux impératifs de permanence des soins.

Le nombre de personnels réquisitionnés ou assignés ne peut excéder celui des personnels dont la présence est indispensable pour assurer le fonctionnement des services qui ne peuvent en aucun cas être interrompus.

Section 3 – Les droits des personnels

Article 88. Egalité femme-homme

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents en raison de leur sexe. Toutefois, des recrutements distincts pour les femmes ou les hommes peuvent, exceptionnellement, être prévus lorsque l'appartenance à l'un ou l'autre sexe constitue une condition déterminante de l'exercice des fonctions.

Article 89. Protection dans le cadre de violences sexuelles et/ou sexistes

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou l'évaluation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard d'un agent en prenant en considération :

- Le fait qu'il ait subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement de toute personne dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers ;
- Le fait qu'il ait formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- Le fait qu'il ait témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les ait relatés.

Article 90. Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement moral

Aucun agent ne doit subir les agissements de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard d'un agent en prenant en considération :

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

Article 91. Protection des agents dans l'exercice de leurs fonctions

Tout agent de l'établissement victime de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages à l'occasion de l'exercice de ses fonctions peut demander une protection fonctionnelle.

Dans ce cadre, tout agent de l'établissement appelé à être entendu en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement de l'établissement doit en aviser immédiatement le Directeur général.

Article 92. Liberté d'opinion et liberté d'expression

Dans le respect de la liberté d'opinion, un professionnel ne doit pas être inquiété pour ses opinions, même religieuses. La liberté d'expression garantit la libre communication des opinions et pensées permettant de parler, écrire, imprimer librement.

La liberté d'opinion et la liberté d'expression ont pour limite le respect du devoir de neutralité et du principe de laïcité, dont sont issus le secret professionnel, l'obligation de discrétion professionnelle et le devoir de réserve.

Article 93. Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels de l'établissement. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Le Directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

Article 94. Droit de grève

Tous les personnels disposent du droit de grève sous réserve que la continuité du service public soit assurée. La détermination des effectifs nécessaires dans les services devra se faire en tenant compte notamment des effectifs de week-end, de la sécurité des patients et de la préservation des matériels des bâtiments.

Un délai de préavis de cinq jours francs doit être respecté avant le début de la grève.

La retenue de traitement pour jour de grève se fonde sur le constat d'absence du service fait. Le montant de la retenue est strictement proportionnel à la durée de l'absence.

Pour satisfaire à l'obligation de continuité du service public, le Directeur général peut assigner des agents, jusqu'à atteindre l'effectif indispensable permettant d'assurer le fonctionnement des services dont l'activité ne peut être interrompue, la sécurité physique des personnes, la continuité des soins et des prestations hôtelières aux patients et la conservation des installations et du matériel. Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation.

Article 95. Droit de retrait et droit d'alerte

Tout agent qui a un motif raisonnable de penser que sa situation de travail présente un danger grave et imminent doit alerter immédiatement son supérieur hiérarchique et dispose du droit de se retirer de cette situation de travail jusqu'au rétablissement de la situation normale.

Le représentant du personnel au Comité social d'établissement, qui constate, notamment par l'intermédiaire d'un professionnel, qu'il existe un danger grave et imminent, en informe immédiatement la Direction selon la procédure prévue. Celle-ci procède immédiatement à une enquête, s'il y a lieu avec le représentant du personnel au Comité social d'établissement, qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier. Le Comité social d'établissement est informé des décisions prises.

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

Article 96. Droit d'accès à son dossier administratif

Le dossier administratif d'un professionnel doit comporter toutes les pièces intéressant la situation administrative de l'intéressé, enregistrées, numérotées et classées sans discontinuité. Il ne peut être fait état des opinions ou des activités politiques, syndicales, religieuses ou philosophique du professionnel.

En vertu du secret médical, aucune information sur la santé du professionnel ne doit figurer dans son dossier administratif. Seules les suites administratives de l'état de santé peuvent apparaître dans le dossier.

Tout membre du personnel a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la législation en vigueur.

Article 97. Droit à la formation

L'établissement veille à ce que l'ensemble de ses personnels puisse satisfaire dans les conditions appropriées à ses obligations légales de formation en lien avec le métier exercé.

Section 4 – Sanctions

Article 98. Sanction disciplinaire

Toute faute commise par un professionnel dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire, sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par le Code pénal.

Notamment, le professionnel qui contreviendrait aux dispositions du présent règlement intérieur, et plus généralement à celles du Code général de la fonction publique, est susceptible d'être sanctionné disciplinairement.

Article 99. Délai des poursuites disciplinaires

Aucune procédure disciplinaire ne peut être engagée au-delà d'un délai de trois ans à compter du jour où l'Administration a eu une connaissance effective de la réalité, de la nature et de l'ampleur des faits passibles de sanction. Passé ce délai de trois ans et hormis le cas où une autre procédure disciplinaire a été engagée à l'encontre de l'agent avant l'expiration de ce

délai, les faits en cause ne peuvent plus être invoqués dans le cadre d'une procédure disciplinaire.

En cas de poursuites pénales exercées à l'encontre du professionnel, ce délai est interrompu jusqu'à la décision définitive de classement sans suite, de non-lieu, d'acquittement, de relaxe ou de condamnation.

Article 100 Suspension d'un professionnel

En cas de faute grave commise par un professionnel, qu'il s'agisse d'un manquement à ses obligations professionnelles ou d'une infraction de droit commun, l'auteur de cette faute peut être suspendu par le Directeur général.

Il conserve sa rémunération, ainsi que les prestations familiales obligatoires. L'agent contractuel qui n'est pas rétabli dans ses droits en raison des poursuites pénales peut subir une retenue de sa rémunération qui ne peut être supérieure à la moitié de celui-ci.

Le fonctionnaire suspendu conserve son traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement et les prestations familiales obligatoires. Sa situation doit être définitivement réglée dans le délai de quatre mois. Si, à l'expiration de ce délai, aucune décision n'a été prise par l'autorité ayant pouvoir disciplinaire, l'intéressé, sauf s'il est l'objet de poursuites pénales, est rétabli dans ses fonctions. Le fonctionnaire qui, en raison de poursuites pénales, n'est pas rétabli dans ses fonctions peut subir une retenue qui ne peut être supérieure à la moitié de la rémunération mentionnée à l'alinéa précédent. Il continue, néanmoins, à percevoir la totalité des prestations familiales obligatoires.

CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONSULTATIONS, A L'ADMISSION, AU SEJOUR ET A LA SORTIE DU PATIENT

Section 1 – Accueil, consultation et admission des patients

Article 101. Principe du libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien, de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence, par l'organisation de la permanence des soins et par les disponibilités en lits et personnels de l'établissement.

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

Article 102. Accès aux soins des personnes démunies

L'établissement a mis en place une permanence d'accès aux soins (PASS), adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès aux systèmes de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

A – Accueil et admission

Article 103. L'accueil des patients

L'établissement a pour mission et devoir d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination.

Une signalétique adaptée précise la localisation de ses différents services et consultations externes. Le personnel de l'établissement, au contact des usagers et/ou de leurs proches, est sensibilisé et/ou formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il donne aux patients et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, le patient peut désigner une personne à prévenir et une personne de confiance qui pourra, quant à elle, l'accompagner dans ses démarches et être son porte-parole dans le cas où il ne serait plus en capacité de donner son avis.

Article 104. Livret d'accueil

Un livret d'accueil est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein de l'établissement. Ce document, également consultable sur les sites internet de l'établissement, contient des renseignements utiles et pratiques sur l'organisation des Hôpitaux Confluence et de l'établissement, sur les conditions de séjour et les droits et devoirs des patients. Il indique également les coordonnées de représentants des usagers de l'établissement.

Par ailleurs, le livret d'accueil mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande.

Article 105. Compétence du Directeur général en matière d'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le Directeur, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

Article 106. Pièces à fournir au moment de l'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation. A cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter ou communiquer au bureau des admissions :

- Sa carte vitale ou son attestation de carte Vitale, permettant de justifier l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- Un justificatif de domicile ;
- Un titre d'identité (carte d'identité, titre de séjour, passeport, livret de famille ou extrait d'acte de naissance) ;
- Sa carte de mutuelle en cours de validité ;
- Le cas échéant, un document attestant que le patient est bénéficiaire de l'aide médicale d'Etat, ALD ou prise en charge 100 %.

Si le patient ne peut présenter sa carte vitale ou justifier de l'ouverture de ses droits ou que la consultation des droits CDRI n'a pas abouti, une demande de prise en charge est adressée le cas échéant à l'organisme d'assurance maladie dont il relève.

Si le patient n'est pas assuré social, et sous réserve des dispositions de l'article 102 du présent règlement, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation.

Article 107. Admission programmée

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

Article 108. Admission directe

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers une structure médicale en mesure de le prendre en charge. Le Directeur d'établissement prononce l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement qui seront recueillis ultérieurement.

Article 109. Transfert

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un patient (ou usager) requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait de manque de place, d'un risque de retard dans la prise en charge, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le Directeur général provoque les premiers secours et prend toutes les mesures nécessaires pour que le patient (ou usager) soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin de la structure ayant en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé.

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

B – Consultations

Article 110. Consultations externes

Des consultations médicales, paramédicales et sociales sont organisées au sein de l'établissement pour les patients externes. Les informations relatives à celles-ci sont accessibles au public sur le site internet, par affichage et dans le livret d'accueil de l'établissement.

Article 111. Tarif des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année. Ils sont affichés à la vue du public.

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à l'assurance maladie peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie sur présentation de la carte Vitale ou de l'attestation de la carte Vitale. Cette procédure les dispense de faire l'avance des frais. En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers ayant conclu une convention de tiers payant avec l'établissement, ils doivent payer le ticket modérateur et les autres sommes restant éventuellement à leur charge.

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

Article 112. Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et Protection maternelle infantile

➤ Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)

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

Toutes les prestations dispensées par le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic sont gratuites.

➤ Protection maternelle et infantile

L'établissement a des activités relevant du service départemental de protection maternelle et infantile. Les dépenses afférentes à ces activités sont prises en charge par le département.

Article 113. Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et Centre jeunes consommateurs

Afin d'assurer des actions de prévention et de soins aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives, ainsi qu'à leur entourage, un Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie est géré par l'établissement.

La prise en charge y est gratuite et, si le patient le souhaite, anonyme.

C – Alternatives à l'hospitalisation

Article 114. Structures de soins alternatives à l'hospitalisation

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

Elles sont adaptées aux besoins des patients et ont pour objet de leur éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

D – Activité libérale des médecins de l'établissement

Article 115. Principes d'organisation de l'activité libérale

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein au sein de l'établissement sont autorisés à exercer une activité libérale sous réserve que l'exercice de cette activité n'entrave pas l'accomplissement de leurs missions et dans les conditions définies par le Code de la santé publique. Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médicamenteux.

Article 116. Service public hospitalier et activité libérale

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein de l'établissement.

Dans certaines spécialités médicales, et dans le cadre des dispositions de l'article 115, le patient peut toutefois être pris en charge, sur sa demande et avec l'accord du médecin intéressé, dans le cadre de l'activité libérale des médecins exerçant à temps plein, lorsque ceux-ci y sont autorisés. Cette prise en charge ne peut résulter que d'une demande expresse du patient, exprimée en l'absence de toute sollicitation, quelle qu'en soit la forme.

Le patient qui souhaite être pris en charge au titre de l'activité libérale doit recevoir, au préalable, du praticien concerné les indications sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment quant à la tarification et aux conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

Les jours, les heures d'ouverture et le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Lorsque le patient opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant. Aucun patient ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein de l'établissement, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il l'a été préalablement dans le cadre de l'activité libérale. Le patient peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du Directeur d'établissement et après avis du chef de service, revenir sur son choix. Ce nouveau choix est alors irréversible.

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

Le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. Aucun lit, ni aucune installation médicotechnique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Aucun acte médical concernant directement ou indirectement le prélèvement ou la greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli au titre de l'activité libérale.

La Commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concerne. Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le Directeur de l'Agence régionale de santé, le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie, le Président du Conseil de surveillance, le Président de la Commission médicale d'établissement et le Directeur d'établissement, ainsi que par tout praticien exerçant une activité libérale et désireux de lui soumettre une question relative à sa propre activité libérale.

Section 2 – Accueil et admission en urgence

Article 117. Accueil et admission en urgence

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

Le Directeur général doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'Etat civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

Les patients dont l'admission est prononcée en urgence et qui refusent de rester dans l'établissement signent une attestation ; à défaut, un procès-verbal de refus est dressé et tracé dans le dossier patient

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

Article 118. Information des familles des patients hospitalisés en urgence

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue. Que le patient ait été conduit au sein de l'établissement par le SAMU, les pompiers, la police ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du Directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles. Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation.

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

Article 119. Inventaire à l'admission

Dans les cas où le patient est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets et valeurs dont il est porteur est dressé dans l'unité de soins d'accueil, le cas échéant aux urgences, puis est signé sans délai par un agent de l'établissement habilité à le faire et par un accompagnant ou à défaut par un témoin qui peut être un autre professionnel.

L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du patient. Les objets détenus par le patient sont alors remis au régisseur ou à un agent spécialement habilité par le Directeur d'établissement pour en être le dépositaire de ces objets. Ces derniers sont inscrits sur le registre des dépôts. L'établissement est responsable de plein droit, sans limitation de montant, de la perte ou de la détérioration de ces objets, dans les conditions fixées par le Code de la santé publique.

Dès que son état le permet, le patient reçoit le reçu des objets pris en dépôt. Il lui est également remis une note d'information ayant pour objet :

- de lui donner connaissance des dispositions du Code de la santé publique au régime des objets déposés ;
- de l'informer de la liste des objets qu'il est autorisé à conserver par devers-lui, sous sa responsabilité en raison de leur faible valeur ou de leur utilité pendant le séjour hospitalier ;
- de l'informer des conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés.

L'inventaire des objets non déposables est obligatoire pour les patients inconscients, souffrant de troubles neurologiques ou psychiatriques.

Lorsque des mesures de police sanitaires y obligent (risque NRC par exemple), les effets et objets mobiliers appartenant aux patients peuvent être stockés dans ses sacs hermétiques ou incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée et aucun remboursement de la valeur desdits objets et effets ne peut être exigé.

Article 120. Patients amenés par la police

Lorsqu'un patient est conduit par les forces de police ou de gendarmerie et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe à l'établissement de faire connaître auxdites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille conformément aux dispositions de l'article 118, sauf avis contraire de ces autorités.

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'établissement est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale. Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus, par la personne concernée, de son hospitalisation est délivré par le médecin de aux policiers et aux gendarmes.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie conduisent au sein de l'établissement, en dehors de toute réquisition, une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont conduite. Une attestation signée du médecin ayant examiné la personne et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services. Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure prévue à l'article 163 et le Directeur général doit, au cas où la personne, alcoolisée, est présumée dangereuse, la signaler aux autorités de police.

Section 3 – Dispositions particulières à certains patients

A – Dispositions relatives aux mineurs

Article 121. Garde et protection des mineurs

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

Article 122. Scolarisation

Une aide au maintien de la scolarisation des mineurs hospitalisés est possible au sein de l'établissement et il est assuré par des associations partenaires.

Article 123. Consultation pour les mineurs non accompagnés

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée, s'il est déjà suivi ou si le rendez-vous a été pris par l'un de ses parents ou son tuteur.

Article 124. Admission des mineurs

L'admission d'un mineur est prononcée par le Directeur, sauf nécessité ou urgence, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire. L'établissement de santé n'a besoin de recueillir que l'autorisation d'un seul des deux parents pour les actes usuels.

L'âge minimum pour accéder au service adulte est de 17 ans et 364 jours. Des dérogations peuvent être autorisées par le Directeur d'établissement, après avis des responsables des structures médicales concernées, permettant la dispensation de soins dans une unité d'adultes à des mineurs âgés de plus de 15 ans.

Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'identité des personnes titulaires de l'autorité parentale. Dans tous les cas, ces personnes doivent être tenues informées de l'admission dans les meilleurs délais.

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seules les personnes exerçant l'autorité parentale peuvent signer un refus d'admission, dans les conditions prévues par le Code de la santé publique.

Article 125. Mineurs présentés en urgence

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des mineurs hospitalisés en urgence soit prévenue par l'établissement.

Si l'admission en urgence ne se révèle pas nécessaire et n'est pas prononcée, le mineur ne peut quitter l'établissement que selon la procédure prévue à l'article 130 du présent règlement.

Article 126. Hospitalisation des mineurs

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

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

Article 127. Admission des mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance

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

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

Article 128. Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elle. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

Article 129. Information des mineurs et consentement aux soins

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision. Le droit des mineurs en matière de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale, le cas échéant.

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

Article 130. Soins confidentiels à la demande des mineurs

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

Ces dispositions s'appliquent à l'infirmier lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'un patient mineur.

Article 131. Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la Direction de l'établissement si le mineur peut quitter seul l'établissement ou s'il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée. Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire de l'autorité parentale ou du tiers que celle-ci a autorisé, des justifications sont exigées en tant que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement).

Article 132. Mineurs en situation de rupture familiale

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

B – Dispositions relatives aux femmes enceintes

Article 133. Admission en maternité

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

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

En l'absence de lit disponible au sein de l'établissement, le Directeur organise cette admission dans un autre établissement de santé assurant le service public hospitalier et pourvu d'un service de maternité ou dans un établissement privé partenaire garantissant une prise en charge sans dépassement d'honoraires.

Article 134. Secret de la grossesse ou de la naissance

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission dans les conditions prévues par le Code civil, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise. Le Directeur général informe de cette admission le Directeur départemental de l'aide sociale à l'enfance.

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

Ces informations font l'objet d'un document écrit établi par le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Il doit être remis à la femme lors de l'accouchement ou lors de son séjour dans l'établissement.

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

Article 135. Admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein de l'établissement, agréé à cet effet, conformément aux dispositions de la loi du 17 janvier 1975 et de ses textes d'application.

Si la femme est majeure, il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, une consultation comportant un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Si la femme est mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation.

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin ou à la sage-femme en dehors de la présence de toute autre personne.

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

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

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

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

C – Dispositions relatives aux militaires et aux victimes de guerre

Article 136. Admission des militaires

Les militaires, malades ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein de l'établissement, sauf en cas d'urgence ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire.

Si le Directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire. L'admission est prononcée sans formalité particulière.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est transféré vers l'hôpital militaire le plus proche.

Article 137. Admission des bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Les bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ont droit aux prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension. Ils sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

D – Dispositions relatives aux personnes atteintes de troubles mentaux et aux majeurs protégés

Article 138. Admission des personnes atteintes de troubles mentaux

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

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

Les soins psychiatriques libres des personnes atteintes de troubles mentaux, définis par le critère du consentement du patient aux soins sont la règle, et les soins psychiatriques sans consentement, l'exception. Les patients en soins psychiatriques libres disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux patients hospitalisés pour une autre cause, et notamment du droit d'aller et venir librement à l'intérieur de la structure médicale où ils sont admis et au sein de l'établissement. Dans le cas où le fonctionnement du service justifie la mise en œuvre de

modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des patients. En aucun cas, elles ne peuvent porter atteinte à leur liberté d'aller et venir et doivent être organisées de manière à respecter ce principe.

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

Dès leur admission, les patients sont informés le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à leur état de la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement et, le cas échéant de chaque décision prononçant le maintien des soins. Ils sont également informés de leur situation juridique et de leurs droits, des voies de recours qui leur sont ouvertes et des garanties qui leur sont offertes.

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

Article 139. Information et consentement des majeurs sous tutelle

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information sont exercés par le tuteur. Ceux-ci reçoivent les informations relatives aux soins.

Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leurs facultés de discernement. Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

E – Dispositions relatives aux patients gardés à vue et détenus

Article 140. Audition par les services de police

Suivant le cadre procédural de l'enquête judiciaire (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire), le patient doit être entendu par les services de police ou de gendarmerie avec ou sans son consentement. En toute hypothèse, l'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient. L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit. Cet avis est immédiatement transmis au Directeur d'établissement.

Article 141. Admission des personnes gardées à vue

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

Article 142. Admission des détenus

L'établissement peut être amené à assurer des consultations ou l'hospitalisation des détenus en cas d'urgence ou de soins spécialisés. Leur surveillance est assurée par l'administration pénitentiaire ou la police. Dans ce cas, l'admission des détenus malades ou blessés est

prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun. Le dossier médical des détenus est placé sous la responsabilité exclusive du centre hospitalier.

Article 143. Secteur d'admission des détenus

Par dérogation et sur décision expresse du Ministre de la Justice, les patients détenus peuvent être traités dans le cadre de l'activité libérale des praticiens statutaires à temps plein.

Article 144. Surveillance des détenus

Les mesures de surveillance et de garde des détenus incombent exclusivement aux personnels de l'administration pénitentiaire, de police ou de gendarmerie. Elles s'exercent sous la responsabilité de la police, de l'administration pénitentiaire ou de la gendarmerie. En aucun cas, le service de sécurité intérieure de l'établissement ne doit être amené à y participer.

Tout incident grave doit être signalé aux autorités compétentes.

F – Autres cas particuliers d'admission

Article 145. Admission des patients toxicomanes en vue d'une cure de désintoxication

Les patients toxicomanes peuvent :

- soit se présenter spontanément pour suivre une cure de désintoxication ;
- soit être astreints à une cure de désintoxication par les autorités sanitaires ou judiciaires.

Dans ce cas, l'admission et le traitement des intéressés sont organisés selon les modalités prévues par le Code de la santé publique. Les toxicomanes qui se présentent spontanément au sein de l'établissement afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement. En cas d'interruption de la cure de désintoxication prescrite par l'autorité sanitaire, le groupe hospitalier en informe immédiatement cette autorité, qui prévient le Procureur de la République.

Dans le cas d'une cure de désintoxication prescrite par l'autorité judiciaire, le médecin responsable informe celle-ci de son déroulement et de ses résultats. L'État prend en charge les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînés par la cure de désintoxication. Cette cure doit obligatoirement se dérouler au sein d'un service agréé de l'établissement.

Article 146. Admission des patients ayant la qualité d'évacués sanitaires

Des patients non-résidents en France peuvent être admis au sein de l'établissement dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles. Des prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale d'État.

Article 147. Admission des patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance

Lorsqu'un patient souhaite, durant son hospitalisation, confier ses enfants au service de l'aide sociale à l'enfance, le directeur doit prendre les dispositions nécessaires pour :

- faire examiner les enfants par un médecin ;

- préparer un dossier d'admission pour le service d'aide sociale à l'enfance ;
- faire accompagner les enfants au centre départemental d'aide sociale à l'enfance.

Article 148. Admission au sein d'une unité de soins médicaux et de réadaptation

L'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour but de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.

Les patients accueillis dans une structure exerçant l'activité de soins médicaux et de réadaptation y sont directement admis ; ils peuvent également être transférés d'un établissement de santé ou d'un établissement ou service médico-sociaux.

Il existe deux modes d'admission :

- l'admission directe, qui nécessite l'accord préalable du service de contrôle médical du centre de Sécurité sociale dont dépend le patient ;
- l'admission à la suite d'un transfert : tout patient hospitalisé dans l'établissement qui a dépassé la phase aiguë de l'affection pour laquelle il était soigné, mais qui présente néanmoins des séquelles relevant d'un traitement médical ou de rééducation, peut être transféré dans une unité de soins médicaux et de réadaptation, sur proposition du praticien responsable de la structure médicale où il est traité. Ce transfert doit donner lieu, dans un délai de 48 heures, à une information du service de contrôle médical de la caisse de Sécurité sociale dont relève le patient.

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

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

À la sortie, deux éventualités sont possibles :

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

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

Section 4 – Soins et information sur les soins

A – Accueil et admission

Article 149. Information du patient

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein de l'établissement doivent être informées du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins. Toute personne a le droit d'être informée de manière adaptée et loyale sur son état de santé, celle-ci est tracée. 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. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile.

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 est délivrée au cours d'un entretien individuel.

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

L'établissement recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auxquels il souhaite que soient adressées les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et celles utiles à la continuité de ses soins après sa sortie.

Article 150. Dossier du patient

Le dossier du patient est constitué pour chaque patient hospitalisé, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique. Il comprend le cas échéant les informations recueillies lors des consultations externes ou de l'accueil aux urgences. Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Dans tous les cas, le Directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier du patient.

Article 151. Communication du dossier du patient

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

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

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

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la Commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Le médecin qui a établi ces informations ou qui en est dépositaire peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

À titre exceptionnel, dans le cadre de soins psychiatriques sous contrainte d'un patient atteint de troubles mentaux (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État) et en cas de risques d'une gravité particulière, la consultation des informations peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur.

En cas de refus de ce dernier, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

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

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

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

Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à l'objectif poursuivi. La communication du dossier est assurée par le praticien responsable de la structure médicale concernée ou par tout membre du corps médical du groupe hospitalier désigné par lui à cet effet.

Elle a lieu :

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

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

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

Article 152. Clichés d'imagerie médicale

Il est délivré, dans le respect des dispositions de l'article 151, aux patients qui en font la demande des reproductions des clichés d'imagerie médicale essentiels figurant dans leur dossier.

Article 153. Relations avec les familles

Dans chaque service, les professionnels de l'établissement reçoivent les familles des patients hospitalisés, dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles. Les professionnels interviennent dans le cadre du périmètre de leurs missions.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical telles que diagnostic et évolution de la maladie ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les personnels paramédicaux dans leur champ de compétence.

Article 154. Personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

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

Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Elle est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

La personne de confiance doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage, dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi, de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie.

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

Article 155. Relations avec le médecin traitant

L'établissement informe le médecin désigné par le patient ou sa famille de la date et de l'heure de son admission, ainsi que de l'unité de soins où a eu lieu cette admission. Il l'invite simultanément à prendre contact avec le responsable médical de cette unité de soins, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à faire connaître son souhait d'être informé sur l'évolution de l'état de santé de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le praticien hospitalier en charge du patient communique au médecin désigné qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du patient.

Article 156. Le secret à l'hôpital

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, le secret couvre l'ensemble des informations, concernant le patient, venues à la connaissance d'un professionnel de santé du groupement hospitalier, de tout membre du personnel de l'établissement ou d'organismes en lien avec ce dernier et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec l'établissement ou lesdits organismes. Par exception à ce principe, le secret peut cependant être partagé dans les cas suivants :

➤ *Entre professionnels de santé*

Plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à un même patient, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible, sauf opposition du patient dûment averti.

Lorsque le patient est pris en charge par une équipe de soins, les informations le concernant sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe.

Un professionnel de santé peut échanger avec tout autre professionnel de l'établissement des informations relatives à une personne prise en charge à condition qu'ils participent tous à cette dernière et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social, ou encore à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

➤ *Avec les proches ou la famille*

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

En cas de décès, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant un patient décédé soient délivrées à ses ayants-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 le patient avant son décès.

Ces dispositions s'appliquent aux mineurs soumis à l'autorité parentale dans le respect des dispositions légales.

Article 157. Traitements automatisés des données à caractère personnel

À l'occasion du séjour du patient au sein de l'établissement, des renseignements administratifs, sociaux et médicaux concernant les patients et constituant des données à caractère personnel, sont traités par les applications informatiques de l'établissement. Ces données sont notamment recueillies pour faciliter la gestion administrative des dossiers, la facturation des actes médicaux, la télétransmission des feuilles de soins, l'édition des résultats d'analyse et d'examen ou encore des travaux statistiques à usage de service. Les traitements gérant ces informations sont effectués dans le respect de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

Certains professionnels de santé des établissements du Groupement Hospitalier de Territoire Hôpitaux Confluence sont, du fait de leurs fonctions, habilités à consulter le dossier du patient pris en charge dans les deux établissements du groupement. Les modalités d'accès de ces

professionnels sont définies dans une charte validée par la Commission médicale du groupement.

Les personnes concernées peuvent exercer un droit d'accès à ces informations, afin d'en vérifier l'exactitude et le cas échéant afin de les rectifier, de les compléter ou de les mettre à jour. Elles peuvent, après en avoir justifié, s'opposer aux traitements de leurs données en contactant le référent RGPD des Hôpitaux Confluence via l'email : dpo@chic.fr ou dpo@chiv.fr

En cas de difficulté dans l'exercice de ces droits, les patients peuvent introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Cas particulier de la Recherche

Ces données peuvent faire l'objet d'analyses statistiques pour la recherche scientifique dans le domaine de la santé par l'équipe médicale responsable des soins ou par d'autres professionnels dûment habilités. Le patient peut à tout moment exprimer une opposition à cette utilisation des données en s'adressant au Directeur d'établissement ou bien en adressant un courriel à l'adresse suivante : dpo@chic.fr ou dpo@chiv.fr ou via la plateforme dédiée de l'entrepôt de données de santé du GHT (e-Confluence).

Il est précisé que les données médicales sont informatisées et réservées à l'équipe de soins qui suit chaque patient. Tout médecin désigné par le patient peut également en prendre connaissance.

Article 158. Information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales

Toute personne victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou ses ayants droit si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée dans les meilleurs délais à compter de la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel le patient peut se faire assister par la personne de son choix.

Article 159. Réclamations et voies de recours

Tout usager de l'établissement (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants-droits) doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a, soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

Au sein de l'établissement, la Commission des usagers (CDU) veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, de l'accueil des patients et de leurs proches. Les observations exprimées par les patients sont, selon leur nature, examinées en lien avec le service de soin concerné, le médiateur médecin ou non médecin ou par la CDU de l'établissement concerné. Une réponse motivée est adressée au requérant. Cette dernière pourra comporter les différentes voies de recours qui s'offrent aux usagers.

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

Article 160. La médiation

Le Directeur général désigne un médiateur non-médecin et un médiateur médecin.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés parmi les médecins exerçant dans l'établissement ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer au sein du même service.

Le médiateur non-médecin et son suppléant sont désignés parmi le personnel non-médecin exerçant au sein de l'établissement.

Les médiateurs rencontrent le patient ou ses ayants-droits, lorsqu'ils en font la demande. Ils peuvent également rencontrer ses proches lorsqu'ils l'estiment utile ou à leur demande.

Lorsque le médiateur médecin souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants-droits en cas de décès. L'établissement peut également proposer au patient ou à ses ayants-droits de rencontrer le médiateur médecin ou le médiateur non-médecin en tant que de besoin.

B – Consentement aux soins

Article 161. Consentement aux soins : dispositions générales

Le patient prend avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent, les décisions concernant sa santé.

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

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

Article 162. Consentement aux soins : dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté

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

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

Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses noms, prénoms, date et lieu de naissance. Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

Article 163. Refus des soins et sortie contre avis médical

Le professionnel de santé doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Le médecin consigne la trace de cette information dans le dossier du patient.

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

En cas de refus réitéré de soins une proposition alternative de soins est faite au patient, dans toute la mesure du possible.

Article 164. Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs

Les actes médicaux sur les mineurs requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Les actes les plus usuels peuvent toutefois être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale. Les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale peuvent par anticipation, lors de l'admission d'un mineur, signer une autorisation de soins et de pratiquer les actes qui y sont liés, en raison de leur éloignement futur ou pour toute autre cause à venir.

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

Dans le cas où le refus d'un traitement par les personnes titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision après avoir reçu l'information adaptée à leur degré de maturité.

Article 165. Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle

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

Article 166. Actes médicaux et chirurgicaux d'urgence sur des mineurs

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

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

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

C – Qualité des soins

Article 167. Droit du malade à des soins de qualité

Tout patient a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Les professionnels de santé de l'établissement mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Article 168. Prise en charge de la douleur

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

Article 169. Droit aux soins palliatifs

Tout patient, dont l'état le requiert, a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié dans le respect de son libre choix.

D – Transfusions sanguines

Article 170. Produits sanguins labiles

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles sont transfusés avec des produits homologues fournis par le site transfusionnel de l'EFS auquel l'établissement est rattaché (site EFS Henri Mondor, Créteil). Le dépôt de sang de l'établissement assure la délivrance des produits 24h/24.

Les patients devant subir une intervention chirurgicale programmée et pour lesquels les besoins en sang sont définis peuvent, s'ils ne présentent pas de contre-indications spécifiques, se faire prélever leur propre sang qui leur sera transfusé ultérieurement. Il s'agit d'un protocole particulier mis en place avec l'EFS.

Dans le cadre de la transfusion autologue différée, le prélèvement et la conservation du sang sont réalisés par l'EFS et délivré sur commande du dépôt de sang. Ces produits autologues sont exclusivement réservés aux patients correspondants. Si la quantité de sang prélevée se révèle insuffisante, la transfusion sera complétée avec du sang homologue. Il n'est pas possible pour les patients de sélectionner un donneur parmi leurs proches ou relations, cette pratique étant contraire à la règle de l'anonymat qui préside au don du sang. Seule la nécessité

thérapeutique peut être invoquée, à titre exceptionnel, pour justifier le non-respect de ce principe.

Article 171. Sécurité transfusionnelle

Les transfusions sont prescrites, réalisées et tracées en conformité avec la réglementation en vigueur.

Le consentement du patient est relevé par le médecin prescripteur. En cas de non consentement, la transfusion n'est pas réalisée.

En accord avec le biologiste responsable du dépôt de sang, le médecin prescrit aux patients les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie.

L'établissement établit pour chaque patient qui bénéficie d'une transfusion sanguine un dossier transfusionnel versé au dossier du patient. Conformément aux règles transfusionnelles, l'établissement de soins est responsable de la traçabilité des produits effectivement administrés aux patients.

Au cas où est diagnostiqué chez un patient un évènement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance de l'établissement effectue une déclaration d'évènement indésirable ou d'incident transfusionnel en collaboration avec le correspondant d'hémovigilance de l'EFS, en lui spécifiant les références des produits transfusés.

L'établissement doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient impliqué dans une enquête transfusionnelle et dont il gère le dossier médical bénéficie des contrôles nécessaires. Le patient est tenu informé de sa situation dans les conditions prévues à l'article 158.

Au cours de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. La trace de l'information est conservée dans la lettre de liaison à la sortie ou dans le compte-rendu opératoire. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et, pour les majeurs protégés, à la personne qui exerce la tutelle.

E – Dispositions relatives aux recherches, aux dons, aux prélèvements et aux collectes d'élément du corps humains

Article 172. Recherches relevant des Règlements Européens (médicaments et dispositifs médicaux) et recherches impliquant la personne humaine (RIPH)

Les professionnels de santé autorisés (médecins, chirurgiens, dentistes, paramédicaux et psychologues, personnes qualifiées) peuvent proposer aux patients de participer à une recherche de catégorie 2 (RIPH 2) ou 3 (RIPH 3) de la loi Jardé du 5 mars 2012.

Les recherches de catégorie Jardé 1 (RIPH 1), les recherches relevant du Règlement Européen Médicament (RE Méd) ou du Règlement Européen sur les dispositifs médicaux (RE DM) peuvent être proposées par un médecin, chirurgien ou dentiste.

La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer sur les seuls intérêts de

la science et de la société. Ces recherches doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques.

Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu de respecter la réglementation en vigueur, en s'assurant notamment que le projet a reçu l'avis favorable d'un comité de protection des personnes (CPP), et dispose d'une autorisation d'une autorité compétente (l'Agence Nationale de sécurité du Médicament et des produits de santé, ANSM, pour la France) en cas d'étude relevant du RE Med ou du RE DM ou pour une RIPH1, ou d'avoir informé l'ANSM pour les RIPH 2 et RIPH 3, selon les procédures en vigueur.

L'investigateur s'engage à respecter le protocole accepté par les autorités compétentes et à recueillir le consentement du patient, ou à rechercher sa non-opposition, tel que défini dans les bonnes pratiques cliniques et par la réglementation.

Article 173. Principes généraux applicables aux prélèvements et aux collectes d'éléments biologiques sur des patients

Aucun prélèvement, aucune collecte d'éléments ou de produits du corps humain ne peut être pratiqué sur un patient sans son information préalable. Le patient, ou le cas échéant son représentant légal, peut demander la destruction des échantillons à tout moment. Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à une personne qui se prête au prélèvement et à la collecte d'éléments ou de produits de son corps. Les frais de prélèvement et de collecte sont intégralement pris en charge par l'établissement.

Article 174. Prélèvements et greffes d'organes

Le prélèvement et la greffe d'organes constituent une priorité nationale auxquels concoure, directement ou indirectement, l'établissement. Un prélèvement d'organes sur une personne vivante, qui en fait le don, ne peut être réalisé que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Un tel prélèvement ne peut être effectué que sur un donneur répondant aux critères, notamment de parenté, prévus par la loi. Un prélèvement d'organes sur un patient dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques. Il peut être pratiqué dès lors que le patient n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus pour un tel prélèvement. Le refus de prélèvement peut concerner l'ensemble des organes et des tissus susceptibles d'être prélevés ou seulement certains de ces organes ou tissus.

Ce refus peut être exprimé à titre principal par l'inscription sur le registre national automatisé des refus de prélèvement prévu par la loi et tenu par l'Agence de la biomédecine. Il est révocable à tout moment. Une personne peut également exprimer son refus par écrit et confier ce document à un proche. Ce document est daté et signé par son auteur dûment identifié par l'indication de ses noms, prénoms, date et lieu de naissance. Lorsqu'une personne, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer elle-même ce document, elle peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'elle n'a pu rédiger elle-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Un proche de la personne décédée peut faire valoir le refus de prélèvement d'organes ou de tissus que cette personne a manifesté expressément de son vivant. Le refus de prélèvement d'organes ou de tissus est révisable et révocable à tout moment. L'équipe de coordination hospitalière de prélèvement prend en compte l'expression de volonté la plus récente. Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité. Si le patient décédé est un mineur ou un majeur sous tutelle, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou le tuteur y consente par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre

titulaire y consente par écrit. Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe, d'autre part, doivent faire partie d'équipes médicales distinctes. Les médecins qui ont procédé à un prélèvement ou à une autopsie médicale sur un patient décédé sont tenus de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps.

Les médecins doivent s'assurer que les patients âgés de 16 à 25 ans sont informés des modalités de consentement au don d'organes à des fins de greffe et, à défaut, leur délivrent individuellement cette information dès que possible. Les dispositions du présent article s'appliquent aux prélèvements et greffes de tissus.

Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

Article 175. Utilisation des prélèvements à des fins scientifiques

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, l'établissement est susceptible de conserver et d'utiliser des données et produits/tissus du corps humain prélevés dans le cadre du soin à une fin médicale ou scientifique autre que celle pour laquelle ils ont été initialement prélevés ou collectés. Pour ce faire, la personne ou ses représentants légaux doivent être dûment informés et ne pas s'y être opposés. Les cadres réglementaires du RGPD et de la CNIL doivent être respectés. Concernant les échantillons biologiques ou tissus prélevés dans le cadre d'une recherche, la loi Jardé ou le RE Méd ou DM doivent être respectés, le cas échéant.

Article 176. Utilisation de l'entrepôt de données de santé à des fins de recherche ou de pilotage d'établissement

Le GHT Hôpitaux Confluence développe un entrepôt de données de santé (e-Confluence) en conformité avec le référentiel dédié de la CNIL (https://www.cnil.fr/sites/cnil/files/atoms/files/referentiel_entrepot.pdf).

Les modalités d'accès et d'utilisation de cet entrepôt de donnée de santé sont définies dans le document détaillant son mode de fonctionnement, conformément aux exigences de la CNIL et du RGPD.

Section 5 – Conditions de séjour du patient au sein de l'établissement

A – Principes régissant le séjour

Article 177. Règles générales

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité. Les patients et leurs proches doivent veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres usagers, les personnels ou le fonctionnement du service.

Toute personne est tenue d'observer au sein de l'établissement de santé, une stricte hygiène corporelle.

Les patients doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte de l'établissement.

Les personnes hospitalisées veillent à respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient pour motif disciplinaire sur décision du directeur général ou de son représentant.

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

Article 178. Respect de la personne et de son intimité

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients affirmés par le Code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés.

Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et postopératoires, des examens d'investigation, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier. L'examen d'un patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être informés au préalable de la nécessité de respecter les droits des patients.

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

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

Article 179. Dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeurs

Le patient est invité à n'apporter au sein de l'établissement que les objets strictement utiles à son séjour. Il est informé qu'il peut déposer ses objets de valeur dans un coffre situé dans sa chambre ou, à défaut, au coffre de l'établissement.

Il est remis au patient un reçu des objets déposés au coffre de l'établissement.

L'établissement est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu, dans la limite d'une somme fixée par référence au plafond de la Sécurité sociale.

L'établissement n'est responsable du vol, de la perte ou de la détérioration d'objets de faible valeur qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses personnels.

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

Article 180. Les repas

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient, soit collectivement, dans les locaux spécialement affectés à cet usage. Dans la mesure du possible, un choix entre plusieurs menus est proposé aux patients.

Article 181. Autorisations temporaires de sortie

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé, de la longueur de leur séjour et sans préjudice de leur liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures.

L'autorisation est délivrée par un médecin du service.

Pour les patients mineurs, le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou de ses substituts est nécessaire.

Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, celui-ci ne peut être réadmis que dans la limite des places disponibles, sauf cas de force majeure.

Pour les patients hospitalisés en soins psychiatriques sans consentement, les autorisations de sorties s'organisent conformément au cadre législatif en vigueur.

Article 182. Pratiques religieuses

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, pratiquer leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients. L'établissement prévoit un local pouvant servir de lieu de culte, de prière ou de recueillement aux patients, quelle que soit leur confession. Des ministres des différents cultes, agréés par le Directeur général, sont affichés au sein des services et mis à la disposition des patients, sur simple demande de leur part.

Article 183. Respect de la vie privée : droits de la personnalité

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

Par ailleurs, tout projet de communication porté par des intervenants internes et externes à l'hôpital, et impliquant des captations d'images, de sons et de vues, dans l'enceinte de l'établissement, doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la direction de la communication de l'établissement.

B – Service social hospitalier

Article 184. Missions du service social hospitalier

Le service social hospitalier est à la disposition des patients, des familles et des proches au sein de l'établissement. Il favorise le maintien ou l'accès aux droits sociaux et aide les patients, leur famille et leurs proches en cas de difficultés administratives ou juridiques. Il prépare, en liaison directe d'une part avec les services administratifs et d'autre part avec les institutions, services, associations, travailleurs sociaux compétents, le maintien ou le retour à domicile ou, si besoin, l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée. Les assistants sociaux font le lien entre l'établissement et la ville. Le service social informe, oriente, aide les patients (consultants ou hospitalisés) et leur famille, et leur assure écoute et soutien, dans le respect du secret professionnel.

C – Accès des personnes étrangères à l'établissement

Article 185. Visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables des structures concernées. Le directeur en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par les responsables médicaux ou paramédicaux du service concerné avec délégation du Directeur général, avec l'accord du responsable de la structure médicale concernée.

Le droit aux visites peut être restreint :

- Pour des motifs liés à l'état des patients. Ces restrictions par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités médicales ;
- Pour les patients placés sous surveillance de la police ;
- Pour des raisons de crises sanitaires ou cas de force majeure.

Les horaires des visites sont précisés dans le livret d'accueil et accessibles sur demande auprès des équipes hospitalières.

Article 186. Recommandations aux visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement de l'établissement. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.

Les patients peuvent demander à l'établissement de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent. Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer et de vapoter.

L'apport de repas, boissons alcooliques, de tabac ou de médicaments à l'hôpital n'est pas autorisé. Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le Directeur général peut décider l'expulsion du visiteur.

Les visiteurs doivent impérativement suivre toutes consignes médicales et institutionnelles notamment sur le port de moyens de protection individuelle comme les masques chirurgicaux, l'hygiène des mains ou autres consignes organisationnelles ou vestimentaires.

Article 187. Stagiaires extérieurs

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

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

Article 188. Associations de bénévoles

L'établissement facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement du centre hospitalier et des activités médicales et paramédicales.

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein de l'établissement doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec le centre hospitalier une convention qui détermine les modalités de cette intervention. Elles doivent fournir au directeur de l'établissement une liste nominative des personnes qui interviendront au sein de l'établissement.

Le responsable de la structure médicale ou du service concerné peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale. Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles s'engagent au respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, au respect de sa dignité et de son intimité, à la discrétion, à la confidentialité et l'absence d'interférence dans les soins. Elles s'engagent également à demander un accord express à la direction de la communication de l'établissement avant toute captation de son, d'images et de vues.

Article 189. Accès des professionnels de la presse et des photographes

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes), des sociétés de production et des artistes, ainsi que les modalités d'exercice de leur profession au sein de l'établissement doit obligatoirement faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Direction de la communication de l'établissement, et d'une information ou d'une validation de la Direction générale et du responsable de la structure médicale concernée en fonction de la nature du sujet. L'accès est donc conditionné à cette autorisation écrite qui sera transmise par la Direction de la communication de l'hôpital.

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient s'effectue avec l'accord libre et éclairé de celui-ci, et avec l'avis du médecin en charge de sa santé, et ce dans le

respect de sa vie privée. Pour les mineurs et les majeurs protégés, il est soumis à l'accord du représentant légal et du médecin traitant.

Par ailleurs, une autorisation de tournage ou de prise de vue en cours peut être reportée ou annulée en cas d'événement à caractère exceptionnel (catastrophe, plan blanc, manifestation, etc....).

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient s'effectue avec l'accord de celui-ci et dans le respect de sa vie privée.

Article 190. Interdiction d'accès aux démarcheurs, agents d'affaires et enquêteurs

L'accès au sein de l'établissement des démarcheurs, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique. S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur ou de son représentant, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

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

Article 191. Accès des agents commerciaux et visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé

Les agents commerciaux et visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé ne peuvent accéder aux locaux et aux professionnels (y compris en formation) exerçant au sein de l'établissement, qu'avec l'accord exprès du responsable de la structure médicale dans laquelle ils sont amenés à intervenir.

Les agents commerciaux et visiteurs médicaux autorisés s'engagent au respect de la Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments établie par les Entreprises du médicament (LEEM) et le Comité économique des Produits de Santé (CEPS). Ces visites doivent s'effectuer selon une planification déterminée. Les visiteurs médicaux doivent être référencés par l'établissement et être identifiables.

Toute action de communication, sensibilisation et prévention à destination des patients doit faire l'objet d'une information préalable auprès de la Direction de la communication de l'hôpital. Toute communication à visée promotionnelle et commerciale est strictement interdite dans l'enceinte de l'établissement.

En cas de non-respect de ces dispositions, le Directeur ou son représentant peut prononcer une interdiction d'accès à l'établissement, du visiteur médical ou de l'entreprise qu'il représente.

D – Règles diverses

Article 192. Neutralité et laïcité du service public

Toute personne est tenue au sein de l'établissement au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe :

- les visites des élus dans l'enceinte de l'établissement ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- les membres du Conseil de surveillance de l'établissement ne peuvent effectuer des visites au sein du centre hospitalier que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de surveillance ;
- les réunions publiques, de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein de l'établissement sauf autorisation expresse du directeur général ;
- la distribution de tracts à caractère politique dans l'enceinte de l'établissement est interdite.

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

Article 193. Droits civiques

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

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

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

Article 194. Droit à l'information

Tout usager de l'établissement peut exercer son droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi. L'établissement met à disposition et diffuse auprès des usagers les textes juridiques qui leur sont applicables. Tout usager a également le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse administratives de l'agent chargé d'instruire sa demande ou de traiter l'affaire qui le concerne, sauf exception liée à la sécurité publique ou à la sécurité des personnes.

Article 195. Prestataires de service au sein de l'établissement

Le Directeur général établit la liste des prestations de service au sein de l'établissement et en définit les conditions d'accès et d'exploitation.

Article 196. Interdiction des pourboires

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

Article 197. Effets personnels

Les patients doivent prévoir pour leur séjour au sein de l'établissement du linge personnel et un nécessaire de toilette. Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement du patient.

Sauf dans les unités de soins de longue durée, son entretien n'incombe pas à l'établissement et sa conservation obéit aux règles de responsabilité définies par le Code de la santé publique. En cas de nécessité, l'établissement met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés.

Article 198. Courrier

Les personnes hospitalisées peuvent envoyer et recevoir du courrier.

La distribution des lettres et colis adressés aux patients est réalisée par l'intermédiaire du vaguemestre et des secrétariats des unités de soins.

Les lettres ou colis recommandés sont remis personnellement à leurs destinataires.

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

Article 199. Téléphone

Sauf exception, des appareils téléphoniques sont mis à la disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation, de telle sorte que soit assurée la confidentialité des communications téléphoniques. L'établissement définit soit directement, soit par l'intermédiaire d'un prestataire, les conditions d'accès spécifiques au réseau téléphonique, notamment en ce qui concerne la facturation. Ces conditions d'accès sont déterminées avec le souci de confort des patients, selon des conditions économiques permettant au plus grand nombre d'en bénéficier.

Les frais de communication sont facturables et donnent lieu à la délivrance d'un reçu.

En raison notamment des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents dans l'établissement, les personnes en possession de téléphones portables sont tenues de les mettre et de les maintenir arrêtés ou sur la position « mode avion » dans les locaux présentant ces risques et signalés comme tels. Par ailleurs, l'utilisation des téléphones portables dans les locaux où elle n'est pas interdite, est soumise le cas échéant à des restrictions spécifiques définies par la Direction de l'établissement après avis des responsables médicaux concernés.

L'établissement met en place une signalétique adaptée pour informer les patients, les visiteurs et les personnels de cette interdiction dans les locaux concernés et prend toutes les mesures nécessaires pour contrôler en permanence sa stricte application en toutes circonstances.

Les personnes faisant usage d'un téléphone portable au sein de l'établissement doivent veiller à ne pas provoquer de ce fait de gêne pour les autres personnes, tout particulièrement en soirée et la nuit.

Elles conservent personnellement leur téléphone, la responsabilité de l'établissement ne pouvant être engagée, sauf en cas de faute commise dans les conditions du présent règlement, en cas de vol, de perte ou de détérioration. Sous réserve de ces mêmes dispositions, les patients peuvent être autorisés à utiliser leurs ordinateurs portables et équipements associés.

Article 200. Usage des téléviseurs

L'établissement propose la souscription d'un abonnement de télévision. Les patients désirant regarder la télévision dans leur chambre doivent en faire la demande. Les frais d'abonnement leur sont facturables auprès du prestataire de l'établissement.

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

Section 6 – Sortie des patients

Article 201. Compétence du Directeur général

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins de l'établissement, sa sortie est prononcée par le Directeur sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée ; le Directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient.

Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins médicaux et de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas, dans les conditions prévues. Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

Article 202. Modalités de la sortie

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

Tout patient sortant doit recevoir une lettre de liaison à la sortie, les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuité des soins et des traitements requis, ainsi qu'à la justification de ses droits. De plus, le patient doit recevoir les consignes sur la conduite à tenir en cas de complication après la sortie.

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut, le cas échéant, permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale. Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. L'établissement tient à la disposition des patients une liste des entreprises de transport en ambulance agréées du département.

Avec l'accord du patient, le praticien qui l'a adressé à l'établissement en vue de son hospitalisation et le médecin traitant, sont destinataires à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient ou par un autre membre de l'équipe de soins et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. La lettre de liaison est remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord à la personne de confiance.

Tout patient est informé lors de sa sortie qu'il pourra être destinataire d'un questionnaire de satisfaction dématérialisé via l'adresse électronique qu'il a renseigné lors de son admission. Toute remarque ou suggestion sur la prise en charge et les conditions d'hospitalisation peut être adressée à l'équipe médicale concernée ou auprès du service relation des usagers.

Article 203. Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs, des détenus, des majeurs protégés et des personnes admises en soins psychiatriques sous contrainte pour troubles mentaux, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux.

Lorsque le patient refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

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

Article 204. Sortie à l'insu de l'unité de soins

Au cas où un patient hospitalisé quitte l'établissement sans prévenir et qu'un risque pour lui ou pour les autres est identifié, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, du centre hospitalier et de ses abords immédiats.

Si les recherches sont restées vaines et s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes), le Directeur de l'établissement ou son représentant dûment habilité prévient les services de police. Il informe également sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté l'établissement, à minuit.

Article 205. Sortie des nouveau-nés

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

Article 206. Sortie par mesure disciplinaire

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

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le Directeur peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale.

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

Section 7 – Frais de séjour

Article 207. Information

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.

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

Article 208. Forfait journalier

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

Article 209. Paiement des frais de séjour et provisions

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée à l'établissement du lieu d'hospitalisation, par le patient ou par un tiers payeur. Dans le cas où les frais de séjour des patients ne sont pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable doivent souscrire un engagement de payer les frais de séjour dès l'admission. En cas de non-paiement des frais de séjour, la Direction spécialisée des finances publiques exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Article 210. Régime commun et régime particulier

L'établissement comporte, dans les conditions prévues par les articles R. 1112-18 et R. 1112-19 du Code de la santé publique, deux régimes d'hospitalisation, le régime commun et le régime particulier lequel comprend des chambres à un lit et relève d'une tarification spécifique. Le régime commun est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État et aux bénéficiaires des soins urgents dispensés au titre de l'article L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles. Lorsque l'état d'un malade requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

Article 211. Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'établissement pour les personnes accompagnant les patients hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année. Cependant, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant de moins de 16 ans (notamment en chambre mère-enfant), un patient en fin de vie ou un aidant pour les personnes en situation de handicap.

Section 8 – Dispositions relatives aux naissances et aux décès

A – Dispositions relatives aux naissances

Article 212. Déclaration de naissance

La déclaration de la naissance d'enfants nés au sein de l'établissement est effectuée par un agent du centre hospitalier chargé de l'Etat civil ou à leur demande par le père ou la mère, conformément aux dispositions du Code civil, dans les cinq jours suivant l'accouchement. Un document déclaratif est établi à cet effet par le Directeur ou son représentant, sur les indications données par la mère du nouveau-né. Un exemplaire de ce document est porté par un agent de l'établissement à la mairie de la commune où a eu lieu la naissance. Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par l'établissement.

Article 213. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

Si l'enfant est né vivant et viable, mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'Etat civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'Etat civil établit un acte d'enfant né sans vie, dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère. Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse. La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement.

B – Dispositions relatives aux décès

Article 214. Attitude à suivre à l'approche du décès

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

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

Des repas peuvent être fournis par l'établissement. Ils sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

La mise à disposition par le centre hospitalier d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation.

Les conditions sanitaires exceptionnelles (pandémie, afflux massif de victimes, etc.) peuvent amener à suspendre ou limiter ces dispositions.

Article 215. Annonce du décès

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin de l'établissement. La famille ou les proches sont prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés du décès du patient.

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil départemental ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Article 216. Formalités entourant le décès

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

- procède à la toilette du patient décédé avec toutes les précautions requises ;
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le patient ;

Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie dans les 24 heures (médecin inscrit au Conseil départemental de l'Ordre des médecins).

L'agent du bureau de l'Etat civil de l'établissement doit annoter pour sa part, à la mairie du lieu du décès, le registre d'enregistrement des décès de la commune.

La chambre mortuaire est chargée de remplir le registre de suivi des corps.

Article 217. Indices de mort violente ou suspecte

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur, prévenu par le médecin chef du service ou son représentant, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code civil. Le médecin doit alors cocher la case « Obstacle médico-légal » sur le certificat de décès.

Article 218. Dépôt des corps à la chambre mortuaire

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

Quand les circonstances le permettent, la famille peut demeurer dans la chambre auprès du défunt avant que le corps ne soit accueilli dans la chambre mortuaire.

Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux exigences de discrétion et de recueillement.

Avant toute présentation, les agents de l'établissement et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière. Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire de l'établissement du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits dans la limite de 3 jours ouvrés.

Les procédures et les documents d'information de la chambre mortuaire précisent les modalités de l'accès des familles et des personnels des régies, des entreprises et associations et de leurs établissements habilités.

Article 219. Transport sans mise en bière en chambre funéraire

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

Article 220. Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille

Le transport est subordonné à une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps. Cette déclaration doit indiquer la date et l'heure présumée de l'opération de transport, le nom, l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps. Ce transport doit intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès, sous réserve des conditions suivantes :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil, ainsi que de son domicile ;
- à la mention sur le certificat de décès que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ;
- à l'accord écrit du médecin responsable de la structure médicale où a eu lieu le décès, ou, à défaut, d'un médecin de l'établissement ;
- à l'accord écrit du Directeur de l'établissement ;
- à l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

Le médecin responsable de la structure médicale en charge du patient peut s'opposer à ce transport s'il estime que :

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

Sauf dérogation dûment justifiée, le départ du corps a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire de l'établissement.

Article 221. Mise en bière et transport après mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du patient décédé est mis en bière. Si le patient décédé était porteur d'un dispositif au lithium (stimulateur cardiaque), un médecin doit s'assurer au préalable de son retrait. Après accomplissement auprès de la commune des formalités prévues par le Code civil concernant la déclaration de décès, l'autorisation de fermeture du cercueil et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil. Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente.

Article 222. Opérations funéraires

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

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

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

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des personnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités.

Article 223. Opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale

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

Pour les enfants déclarés sans vie, la famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de l'enfant. Dans ce cas, le corps de l'enfant est remis sans délai à la mère ou au père.

En cas de non-réclamation du corps dans le délai de 10 jours, l'établissement organise l'inhumation ou la crémation à sa charge et dispose de deux jours francs pour prendre les mesures nécessaires : Inhumation au cimetière Intercommunal de Valenton pour les plus de 22 semaines ou crémation au crématorium de Valenton pour les moins de 22 semaines.

Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de 10 jours et de deux jours visés aux alinéas précédents sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement.

En cas d'absence d'acte dressé par l'officier d'Etat civil et sauf si, sur la demande de la famille, une commune accepte d'accueillir le corps dans son cimetière, le corps fait l'objet d'une crémation à la charge de l'établissement. Quelle que soit la décision prise par la famille en matière de prise en charge du corps, le personnel hospitalier doit veiller à proposer, sans l'imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil. Dans tous les cas, l'établissement est tenu d'informer la famille sur les différentes possibilités de prise en charge du corps.

Article 224. Don du corps

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main.

La démarche de don peut être entreprise auprès d'une des 27 facultés de médecine acceptant le don du corps (liste disponible sur le site de l'Association française d'information funéraire (AFIF) : <https://www.afif.asso.fr/francais/conseils/conseil15.html>). Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt. Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'Etat civil après constatation du décès. Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination.

Pour être valable, un éventuel document d'annulation du don doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement au don, par la personne décédée.

Article 225. Objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux professionnels dont un cadre infirmier. Les objets sont remis au régisseur qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.

Lorsque des mesures de police sanitaires y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants-droits, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets. Les objets non-réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, de titres et de valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente. Le service des Domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement.

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par l'établissement, en qualité de dépositaire, pendant une durée de cinq ans après le décès des intéressés. À l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits.

Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public, cinq ans après la cession par le service des Domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part des héritiers du patient décédé ou de ses créanciers.

Ces dispositions sont portées à la connaissance des héritiers, s'ils sont identifiés, six mois au moins avant la remise des objets détenus par l'établissement au service des Domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

Article 226. Libre choix des opérateurs funéraires

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

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

Article 227. Liberté des funérailles, dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté individuelle fondamentale.

Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques. Leur volonté doit être strictement respectée.

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein de l'établissement afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel de l'unité de soins peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leurs volontés. Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens à l'établissement. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire.

Sous réserve des dispositions de l'article 909 du Code civil, les administrateurs, médecins et agents de l'établissement ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein de l'établissement. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée, pour les libéralités faites en leur faveur au cours de cette maladie.

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

CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE (USLD) ET A L'ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES ET DEPENDANTES (EHPAD)

L'ensemble des dispositions du chapitre 4 du présent règlement s'applique à l'unité de soins de longue durée (USLD) et à l'établissement d'hébergement des personnes âgées et dépendantes (EHPAD), nommé « Les Vignes », rattachés au Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges Lucie et Raymond Aubrac. Toutefois, les besoins spécifiques des patients accueillis dans ces unités rendent nécessaire de préciser ou d'adapter certaines des dispositions relatives à leur séjour. Tel est l'objet des articles qui composent le chapitre 3 du présent règlement, qui s'appliquent indifféremment, sauf mention contraire, à l'ensemble des patients relevant de ces unités. Il est souligné d'une manière générale que les personnes accueillies dans ces unités doivent avoir accès à tous les soins qui leur sont nécessaires, être pleinement associées autant que possible aux décisions qui les concernent et ne subir aucune discrimination. Les dispositions relatives aux droits des patients leur sont pleinement applicables.

Section 1 – Accueil et admission des patients

Article 228. Libre choix de la personne

La personne en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjourne. L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord. Préalablement à son admission, le patient doit être, ainsi que sa famille, pleinement éclairé sur les modes de fonctionnement de l'établissement et l'organisation des soins et notamment sur :

- les conditions de séjour, s'agissant du confort hôtelier, de la prise en charge des soins et de la dépendance ;
- le montant des frais relatifs au séjour, aux soins, à la dépendance et à l'hébergement, ainsi que les modalités de leur prise en charge éventuelle par les organismes de protection sociale et les collectivités départementales.

Nul ne peut être admis au sein d'une de ces unités sans une information et un dialogue préalables, effectués si nécessaire en liaison avec les institutions ou services sociaux dont relève la personne.

Article 229. Modalités de l'admission

L'établissement remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, un livret d'accueil auquel est annexée la Charte de la personne hospitalisée ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et un document individuel de prise en charge.

Le document individuel de prise en charge, établi entre la personne et l'établissement, précise leurs obligations respectives, à savoir notamment les prestations mises en œuvre, les conditions d'accueil et de séjour, et les conditions de participation financière. Ce document est signé par le Directeur de l'établissement ou son représentant et par la personne admise ou son représentant.

Article 230. Accueil et soutien au résident

L'accueil du patient est organisé de telle façon que son installation s'effectue dans de bonnes conditions. Ses besoins sont évalués dès l'entrée et font l'objet d'un projet de vie concerté avec le résident et sa famille. En effet, l'établissement veille à ce que le patient reçoive dès son arrivée et tout au long de son séjour l'accompagnement, l'environnement, les aides et les soins nécessaires à son bien-être, au maintien de son autonomie, de sa santé et de ses liens sociaux et affectifs.

Article 231. Frais de séjour

Les frais de séjour sont constitués de trois éléments distincts :

- le forfait « soins », qui correspond à la tarification des soins médicaux et paramédicaux dispensés ;
- le tarif « dépendance », qui correspond à la tarification des frais liés à la dépendance ;
- le tarif « hébergement », qui correspond à la tarification des prestations hôtelières fournies.

Le montant du forfait « soins » est fixé par arrêté ministériel. Il est intégralement pris en charge par les organismes de Sécurité sociale, sous réserve de l'ouverture des droits du résident.

Le montant du tarif « dépendance » est fixé par le président du Conseil départemental du Val-de-Marne.

Le montant du tarif « hébergement » est fixé par le président du Conseil départemental du Val-de-Marne.

Il est pris en charge selon deux modalités :

- l'admission à titre payant : il appartient alors au patient ou à son garant de régler tous les mois, à la trésorerie de l'établissement, l'intégralité des sommes facturées ;
- l'admission au titre de l'aide sociale aux personnes âgées : en règle générale, cette admission est limitée dans le temps, les décisions de prise en charge étant périodiquement révisées. Le service social de l'établissement doit veiller à leur renouvellement.

Les frais d'entretien du linge personnel du patient sont compris dans le tarif « hébergement ».

Article 232. Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement

Les patients ou leur famille doivent être informés, préalablement à l'admission, y compris en cas de transfert, des conditions financières d'hébergement au moyen d'une notice d'information qu'ils complètent et signent.

Cette notice doit préciser de façon claire :

- les conditions financières de prise en charge et notamment le fait que le tarif « hébergement » est toujours à la charge du patient, de sa famille ou de l'aide sociale ; ce tarif n'est jamais pris en charge par l'assurance maladie ;
- les délais autorisés et les conditions de facturation en cas d'absence du patient (pour une hospitalisation en court séjour ou pour des vacances) ;
- les modalités d'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Section 2 – Vie du patient au sein des structures médicales assurant des soins de longue durée (USLD) et établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Article 233. Respect des personnes

La dignité, l’intimité et la vie privée du patient doivent être strictement respectées. Le résident a le droit, à tout moment, d’exprimer ses choix et ses souhaits.

Article 234. Projet d’accueil personnalisé

La Direction générale, les médecins, les soignants et le service social mettent en œuvre un projet de d’accueil personnalisé destiné à favoriser la prise en compte de l’état global du patient, en respectant avant toute chose sa volonté, sa dignité et son bien-être.

L’élaboration du projet d’accueil personnalisé organise le fonctionnement en équipe prenant en compte les besoins individuels du résident et notamment la prise en charge de la dépendance. Ce projet doit rechercher le maintien ou l’amélioration du niveau d’autonomie durant l’hospitalisation et favoriser les liens du résident avec ses proches et son environnement. Le respect de la vie personnelle des résidents et de leur vie sociale au sein de l’établissement est un élément essentiel dans leur prise en charge. Leur participation doit être envisagée dans de multiples domaines.

Toutes les initiatives au sein de l’établissement tendant à l’animation et à l’amélioration du cadre de vie doivent être favorisées, qu’elles émanent des patients, des familles, des personnels ou de personnes bénévoles extérieures au centre hospitalier. Il en va de même pour les propositions tendant à faciliter l’exercice de leur liberté d’aller et de venir. Ces initiatives doivent être évaluées régulièrement. L’établissement organise des rencontres régulières entre les patients, les soignants et les différents intervenants du projet de vie.

Article 235. Relations avec les familles

La coopération des familles à la qualité de la vie au sein de l’établissement doit être encouragée et facilitée. L’équipe hospitalière doit veiller à ce que les proches ou les visiteurs se sentent les bienvenus dans les unités de soins, notamment pour des activités d’animation auxquelles ils peuvent être invités à participer.

Chaque fois que les conditions le permettent, les proches peuvent être invités par l’équipe soignante à participer activement au soutien du patient : présence pendant la nuit (après une intervention chirurgicale ou en fin de vie), présence pendant les repas (en l’absence de soins spécifiques), autorisation de sortie.

Article 236. Participation des patients et des résidents à la vie de l’établissement

L’établissement met en place, pour faciliter l’expression et la participation des personnes accueillies, des rencontres régulières avec les personnes accueillies en unité de soins de longue durée (USLD) et en unité d’hébergement pour personnes âgées dépendantes avec leurs familles.

Article 237. Protection des personnes vulnérables

L'établissement est garant de la protection du patient en situation de vulnérabilité, que celle-ci résulte de l'altération de ses facultés mentales ou de toute autre forme de dépendance.

Article 238. Information au résident sur les soins délivrés

Le déroulement et la nature des soins et des examens entrepris, ainsi que la durée probable de l'hospitalisation doivent, dans toute la mesure du possible, faire l'objet d'explications compréhensibles par le résident.

Article 239. Liberté des patients et règles de vie

Pendant leur séjour, les résidents et/ou leurs proches doivent bénéficier de toutes les libertés compatibles avec les exigences de la vie collective. Ils doivent, dans l'intérêt général, respecter certains horaires définis pour l'unité de soins. Ils doivent également respecter la tranquillité de leurs voisins et ne créer aucun désordre à l'intérieur de l'établissement.

Article 240. Sommes d'argent conservées par les patients

L'argent du patient est sa propriété personnelle et exclusive. La souplesse qui lui est laissée dans sa gestion constitue un aspect important de sa liberté et de son autonomie. Ces dispositions sont portées à la connaissance des patients ainsi qu'à celle de leurs proches.

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

L'établissement ne pourra être tenu pour responsable en cas de perte ou de vol des sommes d'argent conservées par les patients.

Article 241. Domicile

Sous réserve des nécessités de service, le patient a le droit de se dire chez lui dans l'enceinte de sa chambre et d'être protégé contre toute atteinte à l'intimité de sa vie privée. Hors le cas de la mise sous tutelle, le patient hospitalisé durablement peut obtenir sa domiciliation à l'EHPAD des Vignes.

Les patients séjournant à titre définitif au sein de l'établissement sont tenus de souscrire une police d'assurance garantissant leur responsabilité civile. Une copie du contrat doit être remise à l'établissement.

Article 242. Personnalisation des chambres

Le Directeur peut autoriser les patients qui bénéficient d'une chambre individuelle à apporter des objets personnels. Un inventaire de ces objets personnels est effectué.

Toutefois, l'installation de ces objets ne doit pas engendrer de gêne à l'occasion des soins et de l'entretien de la chambre, ni constituer un obstacle à la sécurité des locaux. Elle doit notamment être conforme aux normes de sécurité incendie. Les patients peuvent notamment conserver leur poste de télévision personnel lorsqu'il est en bon état de fonctionnement, sous réserve qu'il soit couvert par une assurance garantissant les dommages qu'il pourrait causer en cas d'explosion ou d'implosion (assurance obligatoire en EPHAD et non en USLD).

Article 243. Interruption de séjour pour convenance personnelle

Sur avis médical favorable, des autorisations de sortie de courte durée peuvent être accordées aux patients. Ils peuvent également bénéficier de 35 jours de sortie.

Pendant ces périodes, ni le forfait « soins », ni le tarif « dépendance » ne sont facturables, dès lors que la sortie dépasse 24 heures. À leur retour, les patients doivent retrouver leur chambre au sein de l'établissement.

Article 244. Interruption de sortie pour hospitalisation

Dans l'hypothèse où le patient doit être hospitalisé dans un autre établissement, un lit est gardé à sa disposition au sein de l'établissement des Vignes où il était jusqu'alors pris en charge, sauf s'il manifeste de lui-même l'intention de quitter définitivement l'USLD ou l'EHPAD.

La durée pendant laquelle le lit est gardé à disposition au sein de l'établissement est de 35 jours pour les patients « payants ». Elle est définie par le département pour les patients pris en charge au titre de l'aide sociale aux personnes âgées.

Pendant cette absence :

- le tarif « dépendance » ne donne plus lieu à facturation, mais le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie est maintenu pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation ;
- le tarif « hébergement » continue d'être facturé, déduction faite de la part due au titre de l'hospitalisation (forfait journalier).

Article 245. Sortie par mesure disciplinaire

Les patients qui refuseraient d'observer les prescriptions du règlement intérieur ou dont la conduite serait une cause de désordre pourront, après en avoir été avertis par le directeur, soit être changés d'unités médicales, soit être transférés dans un autre groupe hospitalier, soit être exclus de l'établissement.

Article 246. Sortie volontaire

Sauf en cas de nécessité médicale, les patients peuvent quitter l'établissement à tout moment, sur leur demande.

