

Règlement intérieur

Hôpital Nord Franche-Comté

Octobre 2018



CHAPITRE 1 : ORGANISATION GENERALE4

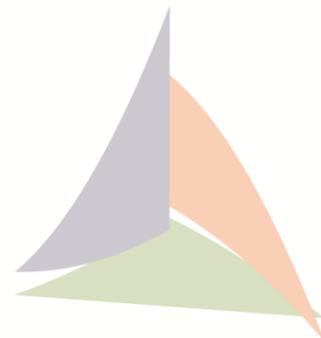
● SECTION 1 : ORGANISATION MEDICO-ADMINISTRATIVE4	4
Sous-section 1 : Le Groupement hospitalier de territoire 4	4
Sous-section 2 : Le conseil de surveillance..... 4	4
Sous-section 3 : Le Directeur 6	6
Sous-section 4 : Le président de la Commission Médicale d'Etablissement 9	9
Sous-section 5 : Le Directoire 10	10
● SECTION 2 : LES INSTANCES CONSULTATIVES GENERALES 11	11
Sous-section 1 : La Commission Médicale d'Etablissement..... 11	11
Sous-section 2 : Le Comité Technique d'Etablissement 13	13
● SECTION 3 : LES INSTANCES CONSULTATIVES SPECIALISEES 13	13
Sous-section 1 : La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques 13	13
Sous-section 2 : Les Commissions Administratives Paritaires Locales 14	14
Sous-section 3 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail 15	15
● SECTION 4 : LES INSTANCES SPECIALISEES 16	16
Sous-section 1 : La Commission des Usagers (CDU) 16	16
Sous-section 2 : La Commission de l'Activité Libérale 17	17
Sous-section 3 : La Cellule éthique 18	18
● SECTION 5 : LES POLES D'ACTIVITE 19	19
Sous-section 1 : Les missions du pôle 19	19
Sous-section 2 : Le chef de pôle 19	19
Sous-section 3 : Le contrat de pôle 20	20
Sous-section 4 : Le projet de pôle 20	20

CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES A L'ACCES ET A LA SECURITE 22

● SECTION 1 : ACCES A L'ETABLISSEMENT 22	22
● SECTION 2 : CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES VEHICULES 22	22
Sous-section 1 : La circulation des véhicules 22	22
Sous-section 2 : Le stationnement des véhicules 23	23
● SECTION 3 : SECURITE INCENDIE 23	23
● SECTION 4 : REGLES DE VIE COLLECTIVE 23	23
Sous-section 1 : L'hygiène à l'hôpital 23	23
Sous-section 2 : Les animaux à l'hôpital 23	23
Sous-section 3 : L'interdiction de fumer et de vapoter 24	24
Sous-section 4 : Les téléphones portables 24	24
Sous-section 5 : Objectifs et produits interdits 25	25
Sous-section 6 : Le respect de la neutralité du service public 25	25
Sous-section 7 : L'interdiction de dissimulation du visage 25	25
● SECTION 5 : L'EXERCICE DU DROIT DE VISITE DANS L'ETABLISSEMENT 25	25
Sous-section 1 : Les conditions d'exercice du droit de visite 25	25
Sous-section 2 : Les horaires de visite 26	26
Sous-section 3 : Les obligations des visiteurs 26	26
Sous-section 4 : Accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires et partis politiques 27	27
● SECTION 6 : ACCES DE LA PRESSE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT 27	27
● SECTION 7 : LEGISLATION SUR LES SYSTEMES DE SECURITE/SURETE 27	27
● SECTION 8 : SITUATIONS EXCEPTIONNELLES OU D'URGENCE MAJEURE 28	28

CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS	29
DE L'ETABLISSEMENT.....	29
● SECTION 1 : ADMISSIONS.....	29
<i>Sous-section 1 : Dispositions générales.....</i>	<i>29</i>
<i>Sous-section 2 : Dispositions particulières.....</i>	<i>32</i>
● SECTION 2 : CONDITIONS DE SEJOUR	34
<i>Sous-section 1 : Information médicale et consentement aux soins.....</i>	<i>34</i>
<i>Sous-section 2 : Vie à l'hôpital.....</i>	<i>37</i>
<i>Sous-section 3 : Services mis à la disposition des patients.....</i>	<i>38</i>
● SECTION 3 : SORTIES.....	40
<i>Sous-section 1 : Permission de sortie.....</i>	<i>40</i>
<i>Sous-section 2 : Formalités de sortie.....</i>	<i>40</i>
<i>Sous-section 3 : Sortie contre avis médical.....</i>	<i>40</i>
<i>Sous-section 4 : Sortie disciplinaire</i>	<i>40</i>
<i>Sous-section 5 : Aggravation de l'état de santé</i>	<i>41</i>
<i>Sous-section 6 : Sortie des mineurs</i>	<i>41</i>
<i>Sous-section 7 : Sortie des nouveaux nés</i>	<i>41</i>
<i>Sous-section 8 : Transport en ambulance</i>	<i>41</i>
<i>Sous-section 9 : Questionnaire de sortie</i>	<i>41</i>
● SECTION 4 : RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS	42
<i>Sous-section 1 : Information du médecin traitant ou désigné par le patient.....</i>	<i>42</i>
<i>Sous-section 2 : Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale.....</i>	<i>42</i>
● SECTION 5 : PERSONNES DECEDEES.....	42
<i>Sous-section 1 : Formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée</i>	<i>42</i>
<i>Sous-section 2 : Transport de corps.....</i>	<i>45</i>
<i>Sous-section 3 : Autopsie et prélèvement sur personne décédée.....</i>	<i>46</i>
CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL	47
● SECTION 1 : OBLIGATIONS.....	47
● SECTION 2 : DROITS	51
● SECTION 3 : EFFETS PERSONNELS ET VESTIAIRES.....	55
CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS DIVERSES	57

CHAPITRE 1 : ORGANISATION GENERALE



● SECTION 1 : ORGANISATION MEDICO-ADMINISTRATIVE

SOUS-SECTION 1 : LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit que chaque établissement public de santé doit être partie à une convention de groupement hospitalier de territoire (GHT).

Le GHT Nord Franche-Comté comprend les deux établissements publics de santé : l'Hôpital Nord Franche-Comté et le Centre hospitalier de séjour de longue durée - Le Chênois.

Le GHT NFC a été établi par convention constitutive du 18 septembre 2016. Cette convention prévoit les modalités de gouvernance de ce groupement avec la création de six instances communes :

- le comité stratégique ;
- le collège médical ;
- la commission de soins infirmiers, rééducation et médico-technique du territoire,
- la commission des usagers de territoire ;
- le comité des élus ;
- la conférence territoriale de dialogue social.

La convention constitutive est complétée d'un projet médical partagé, adopté en février 2018, identifiant les filières de prises en charge et les actions à mener pour améliorer le parcours des patients. Outre l'HNFC et le CHSLD, les autres établissements de l'Aire urbaine ont participé à son élaboration, à savoir l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC), la Clinique de la Miotte, le Centre de Médecine Physique et de Rééducation Bretegnier (CMPR) et l'HAD Hospitalia Mutualité.

Enfin, conformément aux articles L. 6132-1 et suivants du code de la santé publique, la convention constitutive prévoit également la mutualisation de certaines fonctions supports, telles que la qualité ou la fonction achat ainsi que la convergence des systèmes d'informations.

SOUS-SECTION 2 : LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

1°) La composition du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance est composé de trois collèges dont le nombre de membres doit être identique. Le nombre total de membres étant plafonné à quinze, chaque collège comprend au plus cinq personnes.

Le collège des « élus » est composé de cinq représentants au plus, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant, et le président du conseil départemental ou son représentant.

Le collège des « représentants des personnels médicaux et non médicaux » comporte au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement, dont un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), les autres membres étant désignés à parité respectivement par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et par les organisations syndicales les plus représentatives.

Le collège des « personnes qualifiées » regroupe au plus cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux sont désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et trois par le Préfet de département, dont deux représentants des usagers.

Les membres du conseil de surveillance sont désignés pour une durée de 5 ans. Leur mandat prend fin en même temps que le mandat ou la fonction pour lesquels les intéressés ont été désignés.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres du collège des élus ou du collège des personnalités qualifiées. Il est élu, pour 5 ans, par l'ensemble des membres du conseil de surveillance, à la majorité absolue aux premier et deuxième tours, et le cas échéant, à la majorité relative au troisième tour. En cas d'égalité lors de ce dernier tour, le doyen d'âge est désigné. Le président du conseil de surveillance désigne au sein des 1^{er} et 3^{ème} collèges un vice-président qui préside en son absence.

Le conseil de surveillance est également composé de membres dotés d'une voie consultative :

- le président de la CME, en qualité de vice-président du directoire ;
- le Directeur Général de l'ARS ;
- le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique ;
- le directeur de la caisse d'assurance maladie ;
- un représentant des familles des personnes accueillies dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un EPHAD.

Sans être membre, le président du directoire participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations. La présence de membres de l'équipe administrative de direction est possible dans la mesure où le directeur peut se faire assister des personnes de son choix.

Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance

- à plus d'un titre ;
- s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L.5 et L.6 du Code électoral ;
- s'il est membre du directoire ;
- s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé. Cette incompatibilité ne peut être opposée au représentant du personnel si l'établissement de santé privé assure, hors zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public.
- s'il est lié à l'établissement par contrat, sauf exceptions prévues au Code de la Santé Publique ;
- s'il est agent salarié de l'établissement, sauf s'il s'agit des membres du collège des représentants du personnel ;
- s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'ARS.

2°) La compétence générale du conseil de surveillance en matière de stratégie et de contrôle permanent de la gestion de l'établissement

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur sa gestion. A ce titre, le conseil de surveillance communique au Directeur Général de l'ARS ses observations, aussi bien sur la gestion de l'établissement que sur le rapport annuel présenté par le directeur. A tout moment il peut procéder à toute vérification ou contrôle qu'il juge opportuns et se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

3°) La compétence décisionnelle du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance approuve la désignation de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire dont l'établissement est membre.

Le conseil de surveillance a compétence pour délibérer sur :

- le projet d'établissement ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- la convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du code de la santé publique ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance, et toute convention à laquelle l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans laquelle elle traite avec l'établissement par personne interposée ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Les délibérations du conseil de surveillance relatives au compte financier et à l'affectation des résultats sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le Directeur Général de l'ARS. Les délibérations relatives au rapport annuel d'activité, à une convention constitutive de CHU ou aux statuts des fondations hospitalières sont exécutoires si le Directeur Général de l'ARS ne fait pas opposition dans les deux mois.

4°) La compétence consultative du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance est consulté sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat
- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire (GHT)
- le règlement intérieur de l'établissement.

Seul l'avis du président du conseil de surveillance est sollicité pour la nomination du directeur de l'établissement et le retrait d'emploi de celui-ci.

5°) Les autres attributions du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance est informé par le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et sur le programme d'investissements.

Le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes lorsque les comptes de l'établissement sont soumis à certification.

SOUS-SECTION 3 : LE DIRECTEUR

1°) La nomination du Directeur

Le directeur est nommé par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion (CNG) sur une liste comportant au moins 3 noms proposés par le Directeur Général de l'ARS après avis du président du conseil de surveillance.

Dans les 6 mois suivant sa prise de fonction, le directeur d'établissement, en particulier si l'établissement a passé un contrat de retour à l'équilibre financier, doit adresser pour validation au Directeur Général de l'ARS, le projet d'objectifs prioritaires de sa gestion qui est transmis soit au Ministre de la Santé (en cas de contrat de retour à l'équilibre), soit au Directeur Général du CNG dans les autres hypothèses.

En cas de vacances d'emploi ou d'absence du directeur, le Directeur Général de l'ARS prend toute mesure nécessaire en vue de faire assurer l'intérim des fonctions par des personnels de direction. A ce titre, il est compétent pour désigner la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur.

2°) La compétence générale du Directeur dans la conduite de l'établissement

Le directeur dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement. A ce titre, il est en charge des affaires autres que celles qui relèvent des compétences du conseil de surveillance et autres que celles impliquant une concertation avec le directoire.

- Il assure la conduite de la politique générale de l'établissement.
- Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile.
- Il agit en justice au nom de l'établissement.
- Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles s'imposant aux professionnels de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art.
- Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement.
- Il peut déléguer sa signature.
- Il possède le pouvoir de transiger.
- Il participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique (achats, informatique, DIM, coordination des IFSI...).

3°) Les compétences de gestion du Directeur après concertation du directoire

Le directeur préside le directoire. Après concertation avec celui-ci, le directeur prend les décisions dans le domaine de la stratégie de l'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale.

S'agissant de la stratégie de l'établissement, le directeur a compétence pour :

- Conclure le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le Directeur Général de l'ARS ;
- Arrêter l'organisation interne de l'établissement conformément au projet médical d'établissement après avis du président de la CME ;
- Signer les contrats de pôle d'activité avec le chef de pôle après avis du président de la CME pour les pôles d'activité clinique et médico-technique qui vérifie la cohérence du contrat avec le projet médical ;
- Proposer au Directeur Général de l'ARS ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé la constitution et la participation à une action de coopération ;
- Soumettre au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- Arrêter le règlement intérieur.

S'agissant de la politique de la qualité, le directeur décide conjointement avec le président de la CME, 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.

S'agissant des finances de l'établissement, le directeur a compétence pour :

- Déterminer le programme d'investissement après l'avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- Fixer l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- Arrêter le compte financier et le soumettre à l'approbation du conseil de surveillance ;
- Présenter à l'ARS le plan de redressement.

S'agissant de la gestion du patrimoine de l'établissement, le directeur conclut, d'une part, les acquisitions, les aliénations, les échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les baux de plus de 18 ans. D'autre part, le directeur conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, les conventions de location et les délégations de service public.

S'agissant de la politique sociale, le directeur arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement. A défaut d'un accord avec les organisations syndicales, le directeur décide de l'organisation du travail et des temps de repos.

4°) Les pouvoirs du Directeur en matière de ressources humaines

Le directeur a un pouvoir de nomination des membres du directoire, à l'exception des membres de droit. S'agissant des membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME. En cas de désaccord, il nomme les membres de son choix. Le directeur peut mettre fin à leurs fonctions, à l'exception des membres de droit, après information du conseil de surveillance.

Le directeur a un pouvoir de nomination des chefs de pôle d'activité sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME pour les pôles d'activités clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, le directeur demande une nouvelle liste. Si un nouveau désaccord survient, il nomme les chefs de pôle de son choix. Le directeur peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service et après avis du président de CME. Il nomme également les collaborateurs du chef de pôle sur la proposition du chef de pôle.

Le directeur a un pouvoir de nomination des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME. Le directeur peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service, de sa propre initiative ou sur proposition du chef de pôle.

Le directeur dispose d'un pouvoir de proposition de nomination et de mise en recherche d'affectation. A ce titre, il propose au Directeur Général du CNG la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, sur proposition du chef de pôle, ou à défaut du responsable de la structure interne et après avis du président de la CME. L'avis du président de la CME est communiqué au Directeur Général du CNG. Le directeur propose également au Directeur Général du CNG la nomination ou la mise en recherche d'affectation des directeurs adjoints et des directeurs de soins. La commission administrative paritaire émet un avis.

Enfin, le directeur dispose de la possibilité d'admettre par contrat des professionnels libéraux. Sur proposition du chef de pôle, et après avis du président de la CME, le directeur peut admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral autre que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à l'établissement ainsi qu'aux activités de

soins de l'établissement. De même, des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public.

SOUS-SECTION 4 : LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

Le président de la Commission Médicale d'Établissement est élu parmi les praticiens titulaires de l'établissement. Il est le vice-président du directoire et participe, en tant que membre consultatif, aux séances du conseil de surveillance.

Cette fonction est comptabilisée dans les obligations de service. Une formation est proposée au président de la commission au moment de sa prise de fonction et, à sa demande, à l'issue de son mandat en vue de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

1°) Les compétences du président de la CME en matière de politique médicale de l'établissement

Le président de la Commission Médicale d'Établissement coordonne la politique médicale de l'établissement et présente au directoire et au conseil de surveillance un rapport sur la mise en œuvre de cette politique. A ce titre, il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques et veille à la coordination de la prise en charge du patient. Il contribue également à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique. Il coordonne enfin l'élaboration du plan de développement professionnel continu.

Le président de la Commission Médicale d'Établissement élabore, en conformité avec le CPOM et en concertation avec le directeur, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le président émet un avis préalablement à la signature des contrats de pôle pour vérifier, en ce qui concerne les pôles d'activité clinique et médico-technique, la cohérence du contrat avec le projet médical.

2°) Les compétences du président de la CME en matière de politique d'amélioration continue des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

Le président de la Commission Médicale d'Établissement est chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, conjointement avec le directeur et sous réserve des attributions de la CME. A ce titre, il peut organiser des évaluations internes et veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité, consécutifs aux inspections et à la certification. Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la CME.

3°) Les compétences du président de la CME en matière de ressources humaines

Le président de la Commission Médicale d'Établissement propose au directeur les listes de candidats en vue de la nomination dans les fonctions de chef de pôle. Pour cette raison, le président de la commission ne pourra pas être un chef de pôle.

Par ailleurs, il émet des avis sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers. Ses avis seront communiqués au Directeur Général du CNG chargé des nominations sur proposition du président du directoire.

Enfin, son avis est sollicité sur l'admission par contrats, par le directeur, sur proposition du chef de pôle, de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires de l'établissement.

SOUS-SECTION 5 : LE DIRECTOIRE

1°) La composition du Directoire

Le directoire est composé de sept membres appartenant au personnel de l'établissement et plus majoritairement de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Il est présidé par le directeur de l'établissement. Les fonctions de membre du directoire sont exercées à titre gratuit.

Le directoire est composé, d'une part, de trois membres de droit : le directeur présidant le directoire, le président de la CME qui est vice-président du directoire, et le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

D'autre part, il est composé de quatre membres nommés par le directeur, président du directoire, après information du conseil de surveillance. Les membres appartenant aux professions médicales sont nommés sur présentation d'une liste de 3 propositions établie par le président de la CME, vice président du directoire, et transmise au directeur dans un délai de 30 jours à compter de sa demande. Le directeur peut demander une seconde liste en cas de désaccord, d'absence de propositions ou de caractère incomplet de la liste. La seconde liste est alors transmise dans les 15 jours. En cas de nouveau désaccord, le directeur nomme les membres de son choix.

Les membres nommés par le président du directoire peuvent être dénommés par lui, après information du conseil de surveillance. Le mandat de quatre ans de ces membres prend fin lors de la nomination d'un nouveau président du directoire, ou quand le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions pour lesquelles il était membre du directoire.

Le Directeur peut décider, en concertation avec le président de la CME, d'inviter de façon permanente les chefs de pôles aux réunions du directoire.

2°) Les compétences du Directoire

Le directoire est compétent en matière de préparation du projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le directoire conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. A ce titre, il peut intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.

Le directoire est obligatoirement concerté par le directeur en matière de politique de gestion de l'établissement, et plus précisément pour :

- la conclusion du contrat pluriannuel ;
- décider, conjointement avec le président de la CME, 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 ;
- arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement ;
- déterminer le programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux ;

- fixer l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- arrêter le compte financier et le soumettre à l'approbation du conseil de surveillance ;
- arrêter l'organisation interne de l'établissement et signer les contrats de pôle d'activité ;
- proposer au Directeur Général de l'ARS, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une action de coopération ;
- conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- conclure les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location ;
- soumettre au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- conclure les délégations de service public ;
- arrêter le règlement intérieur de l'établissement ;
- décider de l'organisation du travail et des temps de repos à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement ;
- présenter à l'ARS le plan de redressement ;
- arrêter le plan blanc de l'établissement.

Le directoire détient un pouvoir décisionnel en matière de projet médical. Ce dernier définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du CPOM. Le président de la CME, vice-président du directoire, élabore le projet médical avec le directeur et en conformité avec le CPOM. Enfin, il revient au directoire d'approuver le projet médical.

● SECTION 2 : LES INSTANCES CONSULTATIVES GENERALES

La composition et les règles de fonctionnement des instances consultatives générales sont régies par les règlements intérieurs de chaque instance, conformément aux règles du Code de la Santé Publique.

SOUS-SECTION 1 : LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

La Commission Médicale d'Etablissement a pour mission principale de contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Des compétences précises lui sont confiées en la matière :

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

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, à savoir :

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

A ce titre, la Commission Médicale d'Établissement propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi et élaboré en collaboration avec la Commission des Usagers (CDU) et la CSIRMT. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport de la CDU et les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et engagements fixés par le CPOM.

En outre, la Commission Médicale d'Établissement élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi. Le rapport annuel et le programme d'actions sont tenus par le directeur à la disposition du Directeur Général de l'ARS.

La Commission Médicale d'Établissement est une instance consultative. Elle est consultée sur des matières sur lesquelles le Comité Technique d'Établissement est également consulté. Ces matières sont les suivantes :

- 1°) Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du CSP
- 2°) Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel
- 3°) Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du CSP
- 4°) L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 du CSP
- 5°) Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants
- 6°) La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

La Commission Médicale d'Établissement est également consultée sur les matières suivantes :

- 1°) Le projet médical de l'établissement
- 2°) La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement
- 3°) La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement
- 4°) La politique de formation des étudiants et internes
- 5°) La politique de recrutement des emplois médicaux
- 6°) Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- 7°) Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement
- 8°) Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques
- 9°) Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social
- 10°) Le règlement intérieur de l'établissement
- 11°) Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La Commission Médicale d'Établissement est informée sur les matières suivantes :

- 1°) Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement
- 2°) Les contrats de pôles
- 3°) Le bilan annuel des tableaux de service
- 4°) Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- 5°) La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Après avis du Directeur et de la Commission Médicale d'Établissement, le Président peut décider la création de sous-commissions spécialisées.

Les sous-commissions de la Commission Médicale d'Établissement sont les suivantes :

- Sous-commission de la formation médicale
- Sous-commission de continuité des soins
- Sous-commission d'hémovigilance
- Sous-commission de la médication du sujet âgé

- Sous-commission du médicament et dispositifs médicaux
- Sous-commission de l'équipement médical
- Sous-commission douleur
- Sous-commission infections nosocomiales
- Sous-commission information médicale
- Sous-commission nutrition
- Sous-commission anti-infectieux
- Sous-commission gestion des risques médicaux.

SOUS-SECTION 2 : LE COMITE TECHNIQUE D'ÉTABLISSEMENT

Le Comité Technique d'Établissement est une instance consultative composée de représentants élus du personnel non médical qui est, selon les sujets, consultée ou informée sur les questions relatives au fonctionnement de l'établissement. Il est présidé par le directeur.

Le comité technique d'établissement est consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée. Ces matières sont les suivantes :

- 1°) Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du CSP
- 2°) Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel
- 3°) Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du CSP
- 4°) L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 du CSP
- 5°) Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants
- 6°) La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Le comité technique d'établissement est également consulté sur les matières suivantes :

- 1°) Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel
- 2°) La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu
- 3°) Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité
- 4°) La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social
- 5°) La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- 6°) Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du CSP ainsi que du budget prévu à l'article L. 6145-1 du CSP et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du CSP.

● SECTION 3 : LES INSTANCES CONSULTATIVES SPECIALISEES

La composition et les règles de fonctionnement des instances consultatives spécialisées sont régies par les règlements intérieurs de chaque instance, conformément aux règles du Code de la Santé Publique.

SOUS-SECTION 1 : LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES

La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les collègues sont représentés comme suit :

- 8 sièges pour le collège des cadres de santé

- 12 sièges pour le collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- 3 sièges pour le collège des aides-soignants

Elle est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle est à la fois consultée pour avis et informée.

La CSIRMT est consultée sur :

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

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la mise en place de la procédure de recrutement par contrat de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux ;
- sur le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours. Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au directoire.

SOUS-SECTION 2 : LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES

Les commissions administratives paritaires locales sont chargées d'examiner la situation des agents d'un établissement public de santé. Elles sont consultées et émettent un avis préalable à la prise de décisions sur le déroulement de carrière de l'ensemble des agents titulaires de la fonction publique hospitalière.

Elles comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants.

Les corps de fonctionnaires de catégories A, B et C relèvent de dix commissions administratives paritaires distinctes :

- trois commissions pour les corps de catégorie A
- trois commissions pour les corps de catégorie B
- trois commissions pour les corps de catégorie C
- une commission pour le corps des sages-femmes

Conformément au décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière, une commission administrative paritaire n°10 est constituée pour la gestion des carrières des sages-femmes titulaires de la fonction publique hospitalière.

Les commissions administratives paritaires locales sont consultées de façon systématique dans les cas suivants :

- titularisation ou prolongation de stage ;
- mutation ;

- promotion ;
- détachement et intégration dans un autre corps ou cadre d'emplois ;
- licenciement pour insuffisance professionnelle.

Elles sont consultées en cas de désaccord entre le fonctionnaire et l'administration dans les cas suivants :

- exercice du travail à temps partiel ;
- demande de départ en formation ;
- désaccord concernant l'évaluation ;
- démission.

En matière disciplinaire, elles siègent en formation disciplinaire pour formuler un avis sur les sanctions à partir du deuxième groupe demandées à l'encontre d'un fonctionnaire en activité.

Conformément à l'article 2-1 du décret N° 91-155 du 6 février 1991, il est composé une commission consultative paritaire dans chaque département pour la gestion des contractuels de droit public. La composition comprend un nombre égal de représentants des personnels et de représentants de l'administration. La commission se réunit au moins deux fois par an.

La commission est obligatoirement consultée en cas de :

- licenciement intervenant postérieurement à la période d'essai (pour faute, inaptitude physique, insuffisance professionnelle, pour suppression d'emploi) ;
- non-renouvellement du contrat des personnes investies d'un mandat syndical ;
- sanctions disciplinaires autres que l'avertissement et le blâme.

La commission est saisie pour avis, à la demande de l'agent intéressé en cas de :

- refus d'autorisation d'accomplir un service à temps partiel ;
- refus de congés pour formation syndicale, congés pour formation de cadres et d'animateurs pour la jeunesse, congés pour formation professionnelle, congés pour raisons familiales ou personnelles pour création d'entreprise ou de mobilité ;
- refus d'autorisation d'absence pour suivre une action de préparation à un concours administratif ou à l'accès à une école, institution ou cycle préparatoire à la fonction publique ou bien une action de formation continue.

SOUS-SECTION 3 : LE COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Le CHSCT est composé de représentants du personnel et de représentants consultatifs. Il contribue à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des professionnels et patients de l'établissement et à l'observation des prescriptions législatives réglementaires. Le comité est informé en cas de changement de médecin du travail.

Il est chargé de procéder à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les salariés de l'établissement et les femmes enceintes, ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail et de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité. A intervalles réguliers, il se livre à des inspections et effectue des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Il est également tenu informé de tout accident ayant ou qui aurait pu entraîner des conséquences graves. Le comité intervient lorsqu'un salarié fait usage du droit d'alerte et du droit de retrait.

Il peut faire appel à un expert agréé :

- 1°) Lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel est constaté dans l'établissement.
- 2°) En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail.

Il lui revient de contribuer à la promotion de la prévention des risques professionnels et de susciter toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer, à cet effet, des actions de prévention. Le CHSCT peut faire appel à titre consultatif et occasionnel au concours de toute personne de l'établissement qui lui paraîtrait qualifiée : les médecins du travail, le directeur des services économiques et de l'équipement, l'ingénieur en charge de la sécurité et de l'entretien des installations, le directeur coordonnateur général des soins. L'inspecteur du travail et le représentant du service prévention de la CARSAT sont invités à toutes les réunions du CHSCT.

Il est obligatoirement consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, et sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés. Il est également consulté sur les documents se rattachant à sa mission.

● SECTION 4 : LES INSTANCES SPECIALISEES

SOUS-SECTION 1 : LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

La CDU a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission.

La commission est composée :

- du représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- de deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- d'un médiateur médecin et d'un médiateur non médecin, et de leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- de deux représentants des usagers, et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).
- d'un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parmi les membres mentionnés au b de l'article R. 714-62-2. Cette désignation est conforme à l'article R. 1114-81 du code de la santé publique, qui permet au règlement intérieur de l'établissement de compléter la composition de la CDU.

La commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose. 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 ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet, elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;

- une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;
- le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;
- une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- une information sur chaque événement indésirable grave associé à des soins, lors de la réunion qui suit la transmission au directeur général de l'agence régionale de santé de la deuxième partie du formulaire mentionné à l'article R. 1413-69. Cette information, adressée par le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, comprend une description synthétique des circonstances de l'événement indésirable grave survenu, des conséquences pour la ou les personnes concernées, des mesures immédiates prises pour ces personnes, ainsi que le plan d'actions correctives mis en œuvre par l'établissement ;
- les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

La CDU formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.

Après avis de la CME et du CTE, le rapport d'activité de la CDU est transmis au conseil de surveillance qui délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Le rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'ARS qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents.

SOUS-SECTION 2 : LA COMMISSION DE L'ACTIVITE LIBERALE

La commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

Elle comprend :

1° Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;

2° Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;

3° Un représentant de l'agence régionale de santé désigné par son directeur général ;

4° Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;

5° Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;

6° Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;

7° Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le Directeur Général de l'ARS, 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 de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission peut soumettre aux autorités mentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5.

Le rapport est communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'établissement et au Directeur Général de l'ARS.

SOUS-SECTION 3 : LA CELLULE ETHIQUE

La Cellule éthique a un rôle de conseil et d'aide à la décision auprès des agents et des équipes de la communauté hospitalière qui seraient confrontés à une question éthique.

Elle a pour mission d'identifier et d'analyser certains problèmes éthiques rencontrés dans l'établissement.

Elle approfondit la réflexion sur le sens du soin et sur des situations concrètes singulières où entrent en contradiction des valeurs ou des principes d'intervention.

Elle peut, si elle le juge nécessaire, travailler sur un sujet d'éthique émanant de son libre choix.

La Cellule éthique est pluridisciplinaire et pluri-professionnelle.

Elle peut s'adjoindre toute personne y compris extérieure à l'établissement.

La Cellule éthique donne des avis consultatifs pris à l'issue d'une réflexion pluridisciplinaire, à partir d'études de cas, questions particulières ou thèmes généraux.

Elle ne se substitue pas aux instances délibératives de l'établissement.

Elle travaille sous la responsabilité de la Direction générale.

La Cellule éthique peut être amenée à diffuser en interne des recommandations et à élaborer des propositions.

La Cellule éthique n'est pas compétente pour trancher ou examiner des différends entre personnes ou pour traiter des contentieux médicaux et soignants de l'établissement.

● SECTION 5 : LES POLES D'ACTIVITE

SOUS-SECTION 1 : LES MISSIONS DU POLE

Les pôles d'activité sont définis par chaque établissement, par le directeur, après concertation avec le directoire et avis du président de la CME. Cette organisation doit être conforme au projet médical de l'établissement et répond à un objectif de complémentarité des activités et des orientations médicales qui permettent une mutualisation et une meilleure utilisation des moyens.

Le choix de la dénomination, du nombre, de la taille et de la composition des pôles appartient à l'établissement conformément au principe de la liberté d'organisation.

Chaque pôle est divisé en structures internes dont l'organisation sera le reflet de la stratégie médicale et médico-technique adoptée pour chaque pôle.

SOUS-SECTION 2 : LE CHEF DE POLE

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs assignés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction de la nécessité de l'activité. Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et des responsabilités des structures prévues par le projet de pôle.

Le chef de pôle intervient dans la nomination des personnels médicaux en proposant au directeur la nomination et la mise en recherche des praticiens hospitaliers, proposition qui donne lieu à un avis du président de la CME.

Concernant l'admission sur contrats de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, le chef de pôle la propose au directeur. Le président de la CME donne son avis.

Au sein de son pôle, le chef de pôle a pour mission d'organiser une concertation interne, pour laquelle il associe toutes les catégories de personnel.

Tous les chefs de pôles cliniques ou médico-techniques sont membres de la CME. Toutefois, la fonction de chef de pôle est incompatible avec celle de président de la CME.

Le chef de pôle a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, afin de mener à bien sa politique de gestion et d'assurer le bon fonctionnement du pôle. Cette autorité comprend l'affectation des ressources en fonction de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle.

Conformément à la politique de contractualisation interne de l'établissement, le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle dans lequel sont définis le champ et les modalités du rôle de chef de pôle.

Le directeur peut également mettre en place une délégation de signature ou de gestion afin d'engager des dépenses dans des domaines expressément listés par les textes, soit :

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

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comprend une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

SOUS-SECTION 3 : LE CONTRAT DE POLE

Le directeur signe le contrat de pôle avec le chef de pôle après concertation avec le directoire. L'avis du président de la CME est requis pour les pôles d'activités cliniques ou médico-techniques. Le contrat de pôle est signé avant l'élaboration du projet de pôle, auquel il donne un cadre.

Le contrat de pôle est signé pour un an. Il peut faire l'objet d'avenants. Il peut également donner lieu à une ou plusieurs réunions de dialogue de gestion entre la direction et le pôle durant sa période d'exécution.

Conclu avec chaque pôle, le contrat en précise les objectifs et les moyens. Les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins sont obligatoirement définis. Le contrat fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

Il précise les modalités de gestion dans les domaines suivants :

- Gestion des ressources humaines et organisation du pôle
- Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle.
- Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux.
- Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologistes ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière.
- Proposition au directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle.
- Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale et pharmaceutique.
- Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.
- Modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion le cas échéant.

SOUS-SECTION 4 : LE PROJET DE POLE

Il revient au chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique d'élaborer un projet de pôle, après la signature du contrat de pôle, en cohérence avec le projet d'établissement et le contrat de pôle.

Ce projet définit :

- Les missions et responsabilités confiées aux structures internes
- L'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle

Le projet de pôle prévoit les évolutions du champ d'activité de ces structures ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le projet de pôle détermine donc l'activité médicale du pôle, les objectifs de niveau d'activité pour chaque structure interne ou pour les professionnels, les ressources nécessaires à venir, les évolutions.

Lorsqu'il est nommé, le chef de pôle dispose d'un délai de trois mois pour élaborer le projet du pôle dont il a la responsabilité. Le projet de pôle doit être élaboré de manière participative avec les responsables des structures internes et les cadres du pôle.

Références réglementaires des instances

Conseil de surveillance, directeur et directoire : art. L. 6143-1 et suivants du code de la santé publique et art. R. 6143-1 et suivants

CME : art. L. 6144-1 et 2 du Code de la Santé Publique et art. R. 6144-1 et suivants

CTE : art. L. 6144-1 à 7 du Code de la Santé Publique et art. R. 6141-10 à 13 et suivants du Code de la Santé Publique

CHSCT : art. L. 4611-1 à L. 4616-5 du Code du travail

CSIRMT : art. L6146-9 du Code de la Santé Publique et art. R6146-10 à 16 du Code de la Santé Publique

CDU : art. L. 1112-3 du code de la santé publique et art. R. 1112-79 et suivants

CAL : art. R. 6154-11 et suivants du code de la santé publique

● SECTION 1 : ACCES A L'ETABLISSEMENT

L'accès dans l'enceinte de l'Hôpital est réservé aux patients, consultants, accompagnants et visiteurs, ainsi que le personnel interne et externe y exerçant une fonction ou une prestation.

L'entrée principale du site de Trévenans est ouverte de 6h30 à 21h. Les sorties y sont possibles jusqu'à 22h.

Le Directeur ou ses représentants peuvent refuser la présence de personnes détournant l'espace public de l'Hôpital et prendre les mesures nécessaires afin que ces dernières quittent les lieux ; l'Hôpital étant ouvert au public exclusivement pour ses activités de soins et de support.

Le Directeur peut hiérarchiser les autorisations d'accès, voir les interdire à certains usagers selon les différents niveaux de sensibilités des zones et locaux concernés.

Le port du badge est obligatoire pour le personnel de l'établissement

● SECTION 2 : CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES VEHICULES

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement.

Elle ne saurait en rien engager la responsabilité de l'Hôpital, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de déprédations.

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

SOUS-SECTION 1 : LA CIRCULATION DES VEHICULES

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

Dans les enceintes des différents sites de l'Hôpital, la circulation des véhicules est soumise au respect des règles du Code de la route.

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

La vitesse maximum autorisée est de 30 km/h.

L'utilisation de véhicules ou moyens de déplacement personnels est interdite dans les locaux de l'établissement (trottinettes, rollers, vélos...), à l'exception des moyens de déplacement justifiés médicalement (déambulateurs, fauteuils roulants...).

Dans les enceintes des différents sites de l'Hôpital, les véhicules ne peuvent être stationnés que sur des emplacements manifestement prévus à cet effet et ne doivent en aucune manière gêner les circulations ou bloquer des voies d'accès, sous peine d'un enlèvement par la fourrière.

Le service de sécurité veille au respect des règles de stationnement au sein de l'enceinte de l'établissement et fait des rappels à l'ordre si nécessaire. Les services de gendarmerie et de police sont autorisés à intervenir en tant que de besoin par la Direction de l'Hôpital.

Certaines voies d'accès, réservées pour l'intervention des secours extérieurs, sont signalées. Aucun stationnement n'est toléré sur ces voies ainsi que sur les zones matérialisées au sol.

Des places réservées aux personnes à mobilité réduite sont également matérialisées.

L'établissement n'engage aucune responsabilité en cas d'accident de la circulation mettant en cause des véhicules appartenant à des tiers ou en cas de vol ou dégradations de ces derniers.

● SECTION 3 : SECURITE INCENDIE

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

Tout le personnel de l'établissement est mis en garde contre les dangers que présente un incendie dans un hôpital et par extension à l'ensemble des bâtiments de l'Hôpital.

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

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

Les usagers engagent leur responsabilité en cas de non-respect des injonctions du Directeur ou ses représentants sur le respect des règles et consignes de sécurité. L'établissement s'engage diffuser à tous les consignes nécessaires et procéder aux affichages adaptés.

● SECTION 4 : REGLES DE VIE COLLECTIVE

SOUS-SECTION 1 : L'HYGIENE A L'HOPITAL

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

Il convient de porter la tenue professionnelle définie conformément aux règles applicables au regard de la fonction et du lieu d'exercice du professionnel : il n'est pas admis le port du calot ou d'une charlotte en dehors du bloc opératoire, des zones de restauration et de toute autre zone où il serait nécessaire pour des règles d'hygiène.

SOUS-SECTION 2 : LES ANIMAUX A L'HOPITAL

Sans préjudice des activités de zoothérapie organisées par l'établissement, les animaux domestiques ne sont pas autorisés dans l'enceinte et dans les locaux des différents sites de l'Hôpital, sauf les chiens d'aveugles, qui peuvent accompagner leur maître, lorsque celui-ci vient pour des soins.

SOUS-SECTION 3 : L'INTERDICTION DE FUMER ET DE VAPOTER

Par mesure de santé publique, d'hygiène et de sécurité, et conformément à la réglementation, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux de l'Hôpital, y compris dans le parking souterrain. Cette interdiction concerne également les cigarettes électroniques.

Cette interdiction s'applique aux personnels, aux patients ainsi qu'aux visiteurs se trouvant dans l'enceinte de l'Hôpital. Elle s'applique notamment aux bureaux individuels et aux chambres de malades.

Tout contrevenant, membre du personnel, patient, résidant ou visiteur, s'expose à des sanctions disciplinaires ou pénales en cas de manquement à cette interdiction.

Dans les structures médico-sociales de l'établissement, des emplacements spécialement aménagés pourront être installés. Ils seront réservés à l'usage des résidents fumeurs. Les résidents hébergés dans ces structures auront la possibilité de fumer dans leur chambre, dès lors qu'ils disposent d'une chambre seule et respectent strictement l'interdiction de fumer dans leur lit. Le non-respect de cette interdiction pourra conduire le responsable de la structure à interdire au contrevenant de fumer dans sa chambre, à titre temporaire ou définitif.

A titre exceptionnel et au regard des pathologies prises en charge, l'application de l'interdiction de fumer pourra être progressive pour certains patients si la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures. Cette dérogation doit faire l'objet d'une décision médicale du médecin en charge du patient. En aucun cas cette dérogation ne peut être envisagée de façon collective pour un groupe ou une catégorie de malades.

Pour fumer, les agents de l'Hôpital se rendent aux entrées dédiées aux personnels ; l'entrée principale des bâtiments est à exclure.

Les agents peuvent, s'ils le souhaitent, bénéficier d'une aide au sevrage tabagique.

SOUS-SECTION 4 : LES TELEPHONES PORTABLES

L'utilisation des téléphones mobiles GSM est tolérée dans la mesure où leurs utilisateurs veillent à :

- Eviter toute exposition superflue en particulier pour les enfants,
- Respecter la tranquillité de chacun et observer toute la discrétion lors des communications nécessaires.
- Ne pas utiliser d'appareils photos, afin de respecter la confidentialité des personnes et des lieux.

Dans les services de soins et secrétariat de consultations, des casiers sont mis à disposition des personnels pour qu'ils puissent y entreposer leurs effets personnels dont le téléphone portable.

Afin de ne pas nuire à la qualité du service rendu, l'utilisation des téléphones portables par le personnel de l'établissement ou la réception de communications personnelles doivent être strictement limitées au cas d'urgence durant le temps de travail.

SOUS-SECTION 5 : OBJECTIFS ET PRODUITS INTERDITS

L'introduction d'armes ou de produits stupéfiants dans l'enceinte des différents sites de l'Hôpital est strictement interdite. Toute personne qui contrevient à cette disposition s'expose à la confiscation des objets ou produits en cause le temps du séjour hospitalier, et, le cas échéant, à une saisie par les autorités de police ou de gendarmerie.

SOUS-SECTION 6 : LE RESPECT DE LA NEUTRALITE DU SERVICE PUBLIC

La distribution de tout document à caractère politique, religieux ou associatif, à des fins de propagande ou de prosélytisme, est interdite dans l'enceinte de l'Hôpital.

SOUS-SECTION 7 : L'INTERDICTION DE DISSIMULATION DU VISAGE

Selon la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public, nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage.

L'Hôpital rentre dans la définition de la notion d'espace public qui est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public.

L'interdiction de porter une tenue destinée à dissimuler son visage ne s'applique pas si la tenue est notamment justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels.

● SECTION 5 : L'EXERCICE DU DROIT DE VISITE DANS L'ETABLISSEMENT

SOUS-SECTION 1 : LES CONDITIONS D'EXERCICE DU DROIT DE VISITE

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite.

La présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou leurs proches et les membres du personnel doit être immédiatement signalée au PC sécurité.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service sans l'autorisation préalable de la direction qui sollicite, si besoin est, l'avis du ou des chefs de service concernés.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et des chefs de service et après autorisation de la direction.

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

Les associations qui organisent l'intervention de bénévoles dans l'établissement doivent avoir préalablement passé une convention qui détermine les modalités de cette intervention. Les associations de bénévoles agissent en collaboration avec les équipes soignantes et administratives. Elles contribuent à l'accueil et au soutien des personnes hospitalisées et de leur entourage. Elles s'engagent à ne pas interférer dans les soins et à respecter les règles de fonctionnement de l'établissement.

Le partenariat entre l'Hôpital et les associations de bénévoles est fondé sur les principes suivants :

- respect de la personne (notamment de ses opinions politiques, philosophiques et religieuses), de sa dignité et de son intimité
- respect de la confidentialité
- devoir de discrétion

L'Hôpital fait mention des associations de bénévoles sur ses supports de communication (annuaire, livret d'accueil, site web) de façon à informer de la présence de l'association au sein de l'Hôpital, d'une part, les usagers et, d'autre part, le personnel hospitalier et les intervenants exerçant à titre libéral.

Un badge est remis aux bénévoles qui doivent le porter de manière visible dès qu'ils interviennent dans l'enceinte de l'Hôpital.

Dans tous les cas, chaque bénévole est présenté au responsable du service concerné où il est appelé à intervenir, préalablement à sa première intervention. Les bénévoles, qui n'interviennent jamais seul, sont tenus d'aviser le personnel soignant de leur présence, chaque fois qu'ils arrivent dans un service pour y intervenir.

Les patients peuvent demander au cadre soignant ou aux infirmiers de l'unité de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Le nombre de visiteurs pourra être limité par décision du médecin responsable de l'unité.

La visite des jeunes enfants peut être déconseillée dans certaines circonstances ou dans certaines unités après l'avis du médecin chef de service.

SOUS-SECTION 2 : LES HORAIRES DE VISITE

Les visites aux patients hospitalisés sont autorisées tous les jours et les horaires sont définis par les services. De manière générale, les visites sont admises l'après-midi, jusqu'à 21h.

Les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service, ou en regard du projet de soins du patient.

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

Lorsque l'état du patient le justifie ou lorsque l'hospitalisé est un enfant, la présence d'un accompagnant peut être autorisée en dehors des horaires de visite.

SOUS-SECTION 3 : LES OBLIGATIONS DES VISITEURS

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement des services.

Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par la direction, après avis du responsable de l'unité de soins.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients pendant l'exécution des soins et examens.

Les visiteurs ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni tabac, ni médicaments, sauf, pour ces derniers, accord du médecin en charge du patient concerné.

Les visiteurs doivent se conformer aux demandes du personnel soignant de ne pas apporter à un patient des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire qui lui a été prescrit.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Ils doivent s'abstenir de fumer dans l'ensemble des locaux et ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores.

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

SOUS-SECTION 4 : ACCES INTERDIT AUX DEMARCHEURS, AGENTS D'AFFAIRES ET PARTIS POLITIQUES

Les particuliers qui souhaitent effectuer des ventes au sein de l'Hôpital, notamment dans les locaux réservés au personnel ou même encore sur les parkings doivent auparavant en demander l'autorisation à l'administration.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès auprès des patients, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par l'administration.

Ceux qui pénètrent sans autorisation de l'administration dans les services et les chambres, dans l'intention d'y exercer les activités ci-dessus mentionnées, doivent être immédiatement exclus par le cadre du service ou, le cas échéant, par l'administrateur de garde.

L'accès à tout parti politique est interdit dans l'enceinte de l'établissement.

Les réunions publiques sont interdites à l'Hôpital, sauf autorisation expresse du Directeur ou de son représentant.

● SECTION 6 : ACCES DE LA PRESSE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Toute venue de la presse au sein de l'établissement fait l'objet d'une information auprès de la Direction, y compris lorsqu'elle a été conviée par une organisation syndicale ou des représentants du personnel.

Si la presse se présente de son propre chef dans un service de l'Hôpital, les agents sont tenus de le signaler immédiatement au cadre qui en réfère à son tour à la Direction (service communication et secrétariat de direction générale).

● SECTION 7 : LEGISLATION SUR LES SYSTEMES DE SECURITE/SURETE

Le Directeur ou ses représentants se conforme à ses obligations vis-à-vis de la Commission Nationale Informatique et Liberté et de l'autorité administratives en cas d'installation de systèmes et de matériels de sécurité/sûreté. Ces derniers sont déployés dans le respect des lois et du secret médical, de la dignité des patients ainsi des libertés individuelles et collectives des personnels. Les systèmes potentiellement concernés sont le contrôle d'accès par badge, la biométrie et la vidéo-protection.

Le dispositif de vidéo-surveillance est présenté au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de l'établissement (emplacement des caméras, délai de conservation des enregistrements...).

● SECTION 8 : SITUATIONS EXCEPTIONNELLES OU D'URGENCE MAJEURE

• **Afflux massif de victimes**

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

Le plan blanc est déclenché par l'administrateur de garde en lien avec le Directeur de l'Hôpital, à la demande du médecin responsable des urgences. Il prévoit, sous forme de fiches réflexes, les rôles coordonnés des différents intervenants : médecins, personnels soignants et logistiques, cadres de direction. Il indique où se procurer les matériels nécessaires stockés pour faire face à ce genre d'occurrence. Il précise comment gérer et informer les familles, proches des victimes, la presse et les personnalités officielles. Il spécifie les modalités de circulation à l'intérieur de l'établissement. Enfin, il prévoit les conditions d'appel de personnel supplémentaire.

• **Situation exceptionnelle ou d'urgence majeure**

En cas de péril pour l'Hôpital, le Directeur ou ses représentants prennent les mesures nécessaires et adaptées à la gravité de l'événement non souhaité. Le Directeur peut interdire l'accès à certains usagers avec ou sans leur consentement et faire procéder aux contrôles qui lui semblent nécessaires, voir déclencher l'évacuation ou le confinement de l'établissement.

CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ÉTABLISSEMENT



● SECTION 1 : ADMISSIONS

SOUS-SECTION 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1°) Mode d'admission

L'admission à l'Hôpital est prononcée par le directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

Le patient se présentant avec une lettre du médecin traitant, avec une notion d'urgence, est pris en charge aux urgences de l'établissement.

2°) Admission imposée

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

3°) Admission en urgence

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

4°) Transfert après premiers secours

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier ou pour le patient lui-même, le directeur doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

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

5°) Information de la famille

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le cadre ou, à défaut, par une infirmière de l'unité.

6°) Refus d'hospitalisation du malade

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut un procès-verbal du refus est dressé.

7°) Accueil des patients

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

Les hospitalisés sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dès son arrivée à l'Hôpital, chaque hospitalisé reçoit un livret contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour.

8°) Identification des patients

Dans le cadre de la démarche institutionnelle de sécurisation de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (identitovigilance), le port d'un bracelet d'identification est proposé à chaque patient hospitalisé lors de son entrée.

9°) Dépôt des biens

Lors de son admission dans l'unité de soins, l'hospitalisé est invité à effectuer, après inventaire, le dépôt des sommes d'argent, objets de valeur et papiers d'identité qui sont en sa possession. Les titres, valeurs, bijoux, moyens de paiement sont susceptibles d'être déposés auprès de la Trésorerie de Belfort. L'établissement est en droit de refuser les objets ou animaux dont la détention n'est pas justifiée pendant le séjour.

Une information orale et écrite est donnée à la personne ou à son représentant légal sur les règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement, et sur la responsabilité de celui-ci en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés.

La personne admise, ou son représentant légal, atteste avoir reçu l'information sur un document conservé dans son dossier.

Si, une fois informée, la personne décide de conserver avec elle les biens susceptibles d'être déposés, la responsabilité de l'hôpital ne peut être engagée, en l'absence de faute établie.

Il est remis au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par l'établissement. Ce document est également versé au dossier du patient.

Le retrait des objets par le déposant ou son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'un reçu.

Dans le cas où la personne, hors d'état de manifester sa volonté et devant recevoir des soins d'urgence, se trouve dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement. Un inventaire de tous les objets dont la personne admise est porteuse est aussitôt dressé, en présence de deux agents.

10°) Régime d'hospitalisation

A l'Hôpital, il existe un régime commun et un régime particulier lequel comprend des chambres à un lit.

Le régime particulier s'applique lorsque le patient fait une demande écrite de chambre à un lit. Une facturation adaptée est établie en conséquence.

Il convient de préciser que 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.

Lorsque les malades optent pour une prise en charge dans le secteur privé ou appelé activité libérale des praticiens hospitaliers, la demande est formulée par écrit, par le patient. Le médecin exerçant en activité libérale explique au patient les conditions particulières qu'implique ce choix. Les honoraires du médecin en activité libérale sont à régler, directement au médecin, en sus des tarifs de prestations. Dès lors que l'intervention envisagée est pratiquée dans le cadre de l'activité libérale du praticien, celui-ci remet au patient une information écrite préalable dès lors que, lorsqu'ils comportent un dépassement, les honoraires totaux des actes et prestations facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 euros.

L'engagement de payer les suppléments au tarif de prestations, qui doivent être précisément indiqués, est signé en même temps, sous réserve, en ce qui concerne les assurés sociaux, des conventions entre les établissements publics de santé et les organismes prenant en charge les frais de soins.

Il est précisé clairement aux bénéficiaires de la CMU et de l'Aide Médicale de l'Etat que les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnant ne seront pas pris en charge par les organismes sociaux.

Aucun malade ne peut être transféré dans le secteur d'activité libérale des praticiens hospitaliers, s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur public, ni être transféré dans le secteur public s'il a été admis dans le secteur d'activité libérale des praticiens hospitaliers.

Le transfert d'un secteur à l'autre peut toutefois, à titre exceptionnel, être autorisé par le directeur sur la demande motivée du malade ou de ses ayants droit et après avis du chef de service.

11°) Consultations externes

Les horaires des consultations externes de chaque spécialité ou discipline et de chaque médecin sont déterminés.

De même, les consultations externes effectuées dans le cadre de l'activité libérale par les praticiens ont des horaires bien définis. Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions particulières que pour les hospitalisations dudit secteur.

Dans le cadre de l'exercice de son activité libérale, le professionnel de santé remet au patient une information écrite préalable dès lors que, lorsqu'ils comportent un dépassement, les honoraires totaux des actes et prestations facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 euros.

12°) Prise en charge des frais d'hospitalisation

Les bénéficiaires d'une couverture sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de Sécurité Sociale dont ils relèvent et de leur mutuelle complémentaire éventuelle.

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle doivent être munis de l'attestation CMU.

Les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat sont munis d'une décision d'admission d'urgence ou de la carte AME.

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

Les patients qui ne bénéficient pas des régimes de protection ci-dessus énumérés peuvent être appelés à signer un engagement de paiement ou à verser au moment de leur admission, à titre provisoire, une somme, somme renouvelable selon la durée de l'hospitalisation et qui viendra en déduction de l'avis de sommes à payer correspondant à leur séjour. Dans le cas de soins programmables, le patient sollicite l'établissement d'un devis auprès du bureau des admissions. L'intégralité du devis est à régler avant l'hospitalisation. En cas de trop perçu, le remboursement sera effectué par les services de la Trésorerie.

Le service social de l'établissement peut être sollicité pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie. Le service social aide le patient pour toutes démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son hospitalisation.

Sous-section 2 : Dispositions particulières

1°) Femmes enceintes

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

Si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission (accouchement sous X), dans les conditions prévues par l'article L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise. Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention.

Par ailleurs, l'intéressée est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par l'intermédiaire du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Elle est également informée qu'elle peut à tout moment donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance.

2°) Militaires

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

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

3°) Détenus

Un détenu malade ou blessé qui ne peut être transféré dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de son état de santé ou, s'il est prévenu, qui ne peut être éloigné des juridictions devant laquelle il a à comparaître est, sur autorisation du Ministre de la justice et à la diligence du Préfet, sauf si le patient requiert des soins spécifiques, hospitalisé dans une des deux chambres de sûreté situées au 2^{ème} étage sur le site de Trévenans.

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

Les visites au patient détenu et sa liberté de correspondance épistolaire et téléphonique sont encadrées par des dispositions spécifiques.

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

Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Cependant, sur décision expresse du Ministre de la justice, prise en application de l'article D. 382 du Code de procédure pénale, ils peuvent être traités, à leurs frais, en régime particulier ou dans le secteur de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, si la surveillance prévue à l'article R. 1112-30 ne gêne pas les autres malades.

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

4°) Mineurs

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.

L'admission d'un mineur, que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsque 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.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Lorsque le malade relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur adresse sous pli cacheté dans les quarante-huit heures de l'admission au 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.

Lorsqu'à l'admission d'un enfant, un médecin découvre ou suspecte qu'il est victime de sévices, il doit mettre en œuvre la procédure de protection des mineurs en le signalant aux autorités judiciaires ou administratives, que les parents consentent ou refusent l'hospitalisation.

5°) Majeurs légalement protégés

Les biens des incapables majeurs, hospitalisés dans l'établissement, sont administrés dans des conditions particulières régies par des dispositions du Code civil et des textes d'application.

6°) Malades toxicomanes

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un 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.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par la réglementation.

● SECTION 2 : CONDITIONS DE SEJOUR

L'Hôpital s'applique à diffuser, à respecter et à faire respecter les droits des patients tels qu'ils sont reconnus dans le Code de la santé publique.

Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

SOUS-SECTION 1 : INFORMATION MEDICALE ET CONSENTEMENT AUX SOINS

1°) Information du patient sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications

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

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

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

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

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve du cas où le mineur aurait demandé le secret.

Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

Toute personne victime ou s'estimant 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, est informée sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

2°) La personne de confiance

Conformément à la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, lors de toute hospitalisation, il est proposé au malade majeur et non placé sous tutelle de désigner par écrit une personne de confiance.

Cette personne de confiance, qui peut-être un parent, un proche ou le médecin traitant, est consultée au cas où le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Si le malade le souhaite, elle l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

3°) Le consentement aux soins

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsqu'un malade n'accepte pas le traitement, l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par le directeur après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé.

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

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté ou à participer à la décision. 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.

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

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

4°) L'accès au dossier médical

L'accès au dossier médical est réservé :

- au patient lui-même, s'il est majeur ;
- au(x) détenteur(s) de l'autorité parentale pour le dossier d'un patient mineur, sauf si ce dernier s'y est expressément opposé ;
- au tuteur pour le dossier d'un patient sous tutelle ;
- aux ayants droits d'un patient décédé, dans la mesure où ils souhaitent connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, ou faire valoir leurs droits, et à condition que le patient ne s'y soit pas expressément opposé de son vivant.

Cet accès s'effectue sur place, dans le service, auprès d'un médecin, après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé.

Sur demande expresse du requérant, il peut également s'effectuer par duplication de tout ou partie des éléments communicables du dossier, puis, le cas échéant, par envoi postal. La duplication et l'envoi sont facturés au requérant sur la base de tarifs arrêtés par le directeur.

L'établissement assure cet accès au plus tard dans les 8 jours suivant la demande et en fonction des possibilités techniques. Ce délai est porté à 2 mois si le dossier médical date de plus de cinq ans.

Il n'est pas tenu de donner suite à des demandes manifestement abusives, en particulier par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique.

5°) Information de la famille et des proches du patient

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet. Le médecin 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 fait mention écrite de cette opposition.

6°) Discrétion demandée par le malade

Toute personne prise en charge par l'établissement a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Les hospitalisés majeurs peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie. Les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par le cadre ou une infirmière de l'unité aux membres proches de la famille, sauf si le malade s'y oppose expressément.

7°) Prise de vue et utilisation de l'image de la personne

Toute personne ou son représentant légal doit préalablement à la captation ou à la diffusion de son image donner son consentement par écrit.

Dans le cas particulier des mineurs ou des incapables majeurs, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, en plus de celle du titulaire de l'autorité parentale, dès lors qu'ils sont capables de discernement.

Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion.

SOUS-SECTION 2 : VIE A L'HOPITAL

1°) Exercice du droit de visite

Voir chapitre 2, section 4 du présent règlement

2°) Repas

Le petit déjeuner est servi à partir de 7h15, le déjeuner à partir de 12h, et le dîner à partir de 19h. Ces horaires peuvent varier selon les nécessités propres du service.

Les menus, établis en lien avec une diététicienne, sont accessibles par chaque service par le biais du système d'information hospitalier.

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

Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux hospitalisés, sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas sont facturés.

3°) Effets personnels

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

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

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

4°) Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans information d'un membre du personnel soignant. Dans le cas contraire, le contrat de soins peut être considéré comme rompu.

Les hospitalisés doivent être revêtus d'une tenue décente.

Pour tout déplacement hors de la chambre, un enfant doit être accompagné par un agent hospitalier. Pour les grands mineurs, une décharge parentale écrite doit être demandée pour autoriser les déplacements libres dans l'hôpital.

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

5°) Désordres causés par le malade

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

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

Les hospitalisés doivent veiller à respecter le bon état des locaux et des biens qui sont mis à leur disposition.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions prévues ci-dessus.

6°) Gratifications

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

SOUS-SECTION 3 : SERVICES MIS A LA DISPOSITION DES PATIENTS

1°) Courrier

Le courrier est distribué et relevé du lundi au vendredi par le service des vaguemestres de l'établissement. Les vaguemestres sont à la disposition des hospitalisés pour toutes leurs opérations postales.

2°) Téléphone

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone installé dans leur chambre.

Ils sont tenus d'acquitter les frais correspondants.

Pour l'ouverture d'une ligne téléphonique, le versement d'un forfait minimum doit être effectué. Les communications sont possibles jusqu'à épuisement de ce forfait. Lors de la sortie du malade, les sommes non consommées ne sont pas restituées.

Si une personne hospitalisée ne souhaite pas ouvrir de ligne téléphonique, elle a néanmoins la possibilité de recevoir directement des appels dans sa chambre.

Sur l'utilisation du téléphone portable, voir chapitre 2, section 3, sous-section 4

3°) Télévision et radio

Les appareils de télévision personnels ne peuvent être introduits à l'hôpital qu'avec l'autorisation de la direction.

Un service de location de téléviseurs est possible contre paiement d'une redevance journalière. Un guichet est à la disposition des usagers dans le hall d'accueil du site de Trévenans.

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

4°) Suivi scolaire

Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein de l'établissement.

5°) Service social

Le service social de l'Hôpital est à la disposition des hospitalisés et de leur famille. En outre, une assistante sociale se rend auprès des hospitalisés à leur demande.

6°) Exercice du culte

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

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

La visite des représentants des différents cultes est subordonnée au respect :

- des convictions de chacun,
- du principe de laïcité,
- de la réalité hospitalière (confidentialité, respect des soins et de l'hygiène).

Une salle de recueillement, située au rez-de-chaussée du bâtiment principal à Trévenans est ouverte de 6h30 à 21h tous les jours. Ce lieu multi-confessionnel est géré par les aumôniers de l'Hôpital.

8°) Cafétéria et boutique

Une cafétéria et une boutique sont à disposition dans le hall d'accueil du site de Trévenans.

● SECTION 3 : SORTIES

SOUS-SECTION 1 : PERMISSION DE SORTIE

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximale de quarante-huit heures (délais de trajet inclus).

Ces permissions de sortie sont autorisées par un praticien du service et signalées au Bureau des entrées.

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

SOUS-SECTION 2 : FORMALITES DE SORTIE

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin qui l'a pris en charge.

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

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

A la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum.

SOUS-SECTION 3 : SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

A l'exception des mineurs, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5 du Code de la santé publique, et des personnes hospitalisées sans leur consentement, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin responsable du patient estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour sa santé, ce dernier n'est autorisé à quitter l'établissement qu'après avoir rempli un document attestant qu'il a eu connaissance des risques que cette sortie lui fait courir.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par le praticien et contresigné par deux témoins.

SOUS-SECTION 4 : SORTIE DISCIPLINAIRE

La sortie des malades peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par mesure disciplinaire par le directeur ou son représentant, après avis du chef de service.

SOUS-SECTION 5 : AGGRAVATION DE L'ETAT DE SANTE

Lorsque l'état de l'hospitalisé s'est aggravé et que sa mort devient certaine, il peut être, sauf en cas de contre-indications médicales, transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

Les proches d'un hospitalisé en fin de vie sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du patient le permettent.

SOUS-SECTION 6 : SORTIE DES MINEURS

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, 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 elles.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles font connaître au service concerné si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

Lorsque le patient mineur a été hospitalisé sans que, à sa demande confirmée, le ou les détenteurs de l'autorité parentale n'aient été prévenus, il est confié à sa sortie à la personne majeure qu'il a choisie pour l'accompagner.

SOUS-SECTION 7 : SORTIE DES NOUVEAUX NES

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

SOUS-SECTION 8 : TRANSPORT EN AMBULANCE

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport, que ce soit en véhicule sanitaire ou non, le patient a le libre choix de l'entreprise de transport. Les services tiennent à la disposition des hospitalisés la liste complète des ambulances agréées du département.

Les frais occasionnés sont à la charge des malades.

SOUS-SECTION 9 : QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Tout hospitalisé reçoit, avant sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Le questionnaire est disponible sur les télévisions et les tablettes.

Les questionnaires papier ou informatiques remplis sont transmis à la direction afin d'être analysés.

Le directeur communique périodiquement au Conseil de surveillance, à la Commission Médicale d'Etablissement, au Comité Technique d'Etablissement et à la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge, les résultats de l'exploitation de ces documents.

● SECTION 4 : RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS

SOUS-SECTION 1 : INFORMATION DU MEDECIN TRAITANT OU DESIGNE PAR LE PATIENT

1°) A l'admission

L'Hôpital informe par lettre le médecin désigné par le patient hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Il l'invite en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le patient et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

2°) En cours d'hospitalisation

En cours d'hospitalisation, le chef de service ou le praticien responsable du patient communique au médecin désigné par le patient ou par sa famille, et qui en fait la demande écrite, toutes les informations relatives à l'état du patient.

Le praticien qui a prescrit l'hospitalisation du patient a accès, sur sa demande, aux informations médicales le concernant.

3°) Après la sortie

Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier médical du patient, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants-droit en cas de décès.

SOUS-SECTION 2 : PRESENCE DU MEDECIN TRAITANT A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

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

● SECTION 5 : PERSONNES DECEDEES

SOUS-SECTION 1 : FORMALITES ACCOMPAGNANT LE DECES D'UNE PERSONNE HOSPITALISEE

1°) Constat du décès

Le décès est constaté par le médecin de l'unité ou un médecin de garde ou un interne sous la responsabilité d'un médecin senior et selon l'organisation de la permanence des soins (interne de garde aux Urgences ou d'astreinte).

Un médecin établit le certificat de décès, lequel est transmis au Bureau des admissions.

2°) Notification du décès

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

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France : au consulat le plus proche
- pour les militaires : à l'autorité militaire compétente
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance : au directeur du service de l'aide sociale à l'enfance
- 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.

3°) Déclaration d'enfant sans vie

La déclaration d' « enfant sans vie » doit être faite auprès de l'état civil en l'absence de certificat attestant que l'enfant est né vivant et viable.

Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement.

4°) Indices de mort violente ou suspecte

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le directeur ou son représentant, prévenu par le médecin responsable, en avise sans délai l'autorité judiciaire.

5°) Toilette mortuaire et inventaire après décès

Lorsque le décès est immédiatement constaté, l'équipe soignante procède à la toilette mortuaire et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions requises, puis dresse l'inventaire de tous les objets (vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc, ...) qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé obligatoirement par deux agents, qui remplissent et signent le formulaire prévu à cette effet, et gèrent chaque bien selon sa nature, conformément à la procédure en place dans l'établissement.

6°) Dévolution des biens des hospitalisés décédés

Hors les cas des militaires et des marins, les effets mobiliers des personnes décédées traitées gratuitement appartiennent à l'établissement à l'exclusion des héritiers et du service des Domaines en cas de déshérence.

Les espèces, valeurs, bijoux, moyens de paiement et pièces d'identité sont remis à la Trésorerie hospitalière de l'établissement qui les restitue aux ayants-droit sur production d'un certificat de décès, d'un certificat d'hérédité délivré par la mairie sur présentation du livret de famille et d'une pièce d'identité. Cette procédure peut être simplifiée lorsqu'il s'agit de respecter la volonté de la famille ou du défunt lui-même d'une inhumation ou d'une incinération avec des bijoux ou des objets particuliers.

Les vêtements et objets divers sont remis à l'entourage du défunt contre signature d'une feuille d'inventaire.

Sous réserve des dispositions mentionnées ci-dessus, les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines aux fins d'être mis en vente.

Le service des Domaines peut 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.

A l'issue d'un délai déterminé par la réglementation, 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 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 du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers.

En cas de décès d'un hospitalisé, ces dispositions sont portées à la connaissance de ses héritiers, s'ils sont connus, 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.

7°) Mesures de police sanitaire

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants-droit qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets. Un certificat médical, placé dans le dossier du patient, atteste de cette nécessité.

8°) Présentation du corps

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit transféré à la chambre mortuaire de l'établissement.

Pour permettre le recueillement de l'entourage du défunt, et sauf si une sortie du corps sans mise en bière est demandée et organisée rapidement, le corps est déposé à la chambre mortuaire de l'établissement. L'entourage peut demander la présentation du corps pendant les heures d'ouverture de la chambre mortuaire. Cette présentation est faite dans une salle spécialement aménagée à cet effet.

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent le convoi à leur convenance en s'adressant au service ou à l'entreprise des pompes funèbres de leur choix.

En cas de conflit entre parents du défunt, le Tribunal d'instance peut être saisi.

Si le décès pose un problème médico-légal, le corps ne peut être rendu à la famille qu'avec l'accord du Parquet, ce dernier ayant autorité pour ordonner une autopsie par un médecin légiste préalablement à cette restitution.

9°) Inhumation ou crémation du corps

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

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

Lorsque, dans un délai de dix jours maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'établissement peut procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec les informations laissées 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, qui règlera les frais correspondants.

L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès.

1°) Transport de corps à résidence sans mise en bière

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée de l'Hôpital à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille doit être autorisé par le Maire de la commune du lieu de dépôt du corps.

L'autorisation est subordonnée :

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

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

- le décès soulève un problème médico-légal,
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses qui obligent à procéder à une mise en bière immédiate,
- l'état du corps ne permet pas un tel transport.

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

La famille choisit librement la société qu'elle charge du transport du corps sans mise en bière. La liste officielle des transporteurs habilités est mise à la disposition des familles.

Lorsque le corps n'a pas subi de soins conservatoires, les opérations de transport sont achevées dans un délai maximum de quarante-huit heures.

2°) Transport en chambre funéraire avant mise en bière

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

L'admission en chambre funéraire intervient dans un délai de vingt-quatre heures à compter du décès.

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

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

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

3°) Transport de corps après mise en bière

Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise de pompes funèbres agréée, que la famille choisit librement.

SOUS-SECTION 3 : AUTOPSIE ET PRELEVEMENT SUR PERSONNE DECEDÉE

1°) Autopsie médico-légale

Les autopsies médico-légales sont effectuées sur réquisition de l'autorité judiciaire dans des établissements habilités.

Si les circonstances ayant entouré la mort sont telles que, dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le cadavre est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, le médecin qui a connaissance de ces circonstances doit s'abstenir de tout prélèvement avant consultation et avis du Procureur de la République.

2°) Prélèvements d'organes et de tissus à but thérapeutique ou scientifique

L'Hôpital et ses agents considèrent comme étant très important le prélèvement d'organes et de tissus en tant que priorité nationale.

Le prélèvement d'organes ou de tissus sur personne décédée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques pour rechercher les causes du décès. Le prélèvement se fait après établissement du constat de décès.

Toute personne admise dans l'établissement qui entend s'opposer à un prélèvement sur son cadavre peut, à tout moment, faire connaître son refus auprès de l'équipe soignante ou de son entourage, ou s'inscrire, si elle a 13 ans révolus, sur le Registre National du Refus géré par l'Agence de Biomédecine.

Si les circonstances ayant entouré la mort sont telles que, dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le cadavre est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, le médecin qui a connaissance de ces circonstances doit s'abstenir de tout prélèvement avant consultation et avis du Procureur de la République.

Ce prélèvement ne peut être effectué que si le défunt n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. Cette recherche se fait par l'interrogation du Registre National du Refus par un membre de la coordination hospitalière par délégation du directeur, puis par le recueil du témoignage des proches.

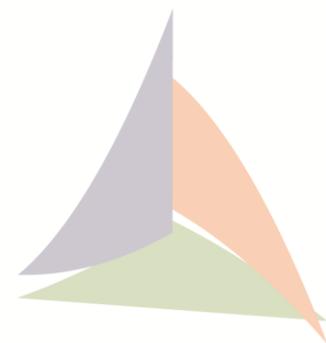
Dans le cadre des prélèvements à but thérapeutique ou scientifique, il doit être proposé aux proches de connaître le type et le nombre de prélèvements effectués.

Tout prélèvement à but scientifique doit être déclaré à l'Agence de biomédecine.

Tout prélèvement de tissus à but thérapeutique fait l'objet d'un enregistrement auprès de l'Agence de biomédecine.

L'Agence de biomédecine coordonne la répartition des prélèvements d'organes à but thérapeutique.

Les médecins ayant procédé à un prélèvement sur personne décédée, sont tenus de s'assurer de la restauration tégumentaire du corps du défunt.



● SECTION 1 : OBLIGATIONS

1°) Nécessité de service

L'Hôpital assure une mission de service public et il doit, à ce titre, organiser la permanence et la continuité des soins et des activités nécessaires à son fonctionnement et à l'accueil des patients à tout moment. Chaque agent hospitalier se doit de participer à cette continuité.

2°) Le principe d'obéissance hiérarchique

Tout agent public, 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.

3°) Assiduité et ponctualité du personnel

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

Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois. Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents. Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi et à une information immédiate des agents concernés par cette modification. Il appartient aux cadres de s'assurer de la bonne réception de l'information par les agents concernés

Les règles de gestion du temps, applicables aux différentes catégories de personnels non médicaux de l'Hôpital, sont définies dans le référentiel Ressources Humaines et sont consultables sur le site intranet et auprès des cadres.

4°) Exécution des ordres reçus et droit de retrait

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

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

Aucune sanction, aucune retenue de salaire, ne peut être prise à l'encontre d'un salarié ou d'un agent public qui s'est retiré d'une situation de travail dont il avait un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé.

Tout agent dispose d'un droit d'alerte de l'employeur lorsqu'il a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection.

5°) Information du supérieur hiérarchique de tout incident

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique des incidents ou événements indésirables dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il l'informe par tout moyen mais effectue dans tous les cas le signalement sur un support de nature à en assurer la traçabilité.

6°) Conservation en bon état des locaux, matériels et effets

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

Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou de négligence manifeste, subordonnée à une intention de nuire caractérisée.

7°) Interdiction de pourboires

A l'exception des objets de valeurs (argent, bijoux) confiés à l'institution durant leur séjour par les usagers, aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

Est compris dans les pourboires, le bénéfice d'une somme d'argent à titre de donation.

8°) Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

• Principe

En principe, les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, sous réserve des dispositions réglementaires issues du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007, complété par le décret n° 2011-82 du 20 janvier 2011. Le référentiel RH reprend les règles posées par ces textes.

• Dérogations

S'agissant de l'ensemble des agents de la fonction publique hospitalière, il existe de nombreuses dérogations générales fixées par l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 Juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires auquel il faut se référer. Ces dérogations sont précisées dans les décrets n° 2007-658 du 2 mai 2007 et n° 2011-82 du 20 janvier 2011. Elles doivent faire l'objet d'une demande d'autorisation formulée auprès de la direction des ressources humaines par le biais des formulaires disponibles dans le référentiel RH.

S'agissant du personnel médical, il existe des dérogations spéciales au titre de l'exercice d'une activité libérale, dans le respect du Code de la santé publique, auquel il faut se référer.

9°) Identification du personnel

Une identification du personnel est instituée à l'Hôpital (tenues professionnelles ou badges).

Il convient donc que tout agent respecte ce principe d'identification mis en place.

10°) Tenue vestimentaire de travail

Les agents disposant d'une tenue professionnelle obligatoire doivent la porter pendant toute la durée du service. Le port de la tenue doit être complet et limité aux éléments requis. Les chemises destinées aux patients sont exclusivement dédiées à cet usage.

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

Conformément au devoir de neutralité des agents publics participant à une mission de service public, les agents doivent s'abstenir de manifester leurs croyances religieuses (ou leurs convictions politiques) par des signes extérieurs, en particulier vestimentaires.

Ce principe vise à protéger les usagers du service de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience et trouve à s'appliquer avec une rigueur particulière dans les services publics dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance.

11°) Tenue et comportement corrects exigés

Une tenue correcte dans l'habillement, dans le langage comme dans les actes ainsi qu'une stricte hygiène corporelle sont exigées de l'ensemble du personnel.

Les comportements de chacun doivent s'inscrire dans une culture de bienveillance à l'égard d'autrui, qu'ils s'agissent des patients, des collègues de travail ou de l'encadrement.

La familiarité à l'égard des malades est formellement proscrite. On entend par familiarité tout comportement ainsi que toute relation ou attitude dépassant le strict cadre professionnel.

Les agissements du personnel ne doivent pas dépasser le rôle de leurs fonctions et leurs comportements doivent rester guidés par les bonnes pratiques professionnelles, le respect à l'égard des usagers et des personnels et, le cas échéant, par les principes déontologiques qui leurs sont applicables.

12°) Lutte contre le bruit

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

13°) Interdiction de fumer et de vapoter

Il est interdit, conformément aux lois et règlements en vigueur, pour des raisons d'hygiène et de santé des patients et des personnels, de fumer notamment dans les locaux d'hospitalisation, de consultations et les locaux techniques et d'administration.

Cette interdiction concerne également les cigarettes électroniques.

Il est demandé aux agents fumeurs de ne pas fumer à l'entrée principale des sites de l'Hôpital et de privilégier les accès du personnel.

14°) Dispositions relatives à l'alcool et aux drogues sur les lieux de travail

L'apport d'alcool ou de drogues sur les lieux de travail ou la présence de personnel alcoolisé ou sous l'emprise de drogues sont proscrits, dans un but de protection des usagers, de santé publique et de santé et sécurité au travail.

L'employeur peut recourir, dans le respect de la procédure interne en vigueur au sein de l'établissement, à des tests d'alcoolémie auprès de ses agents, si en raison de ses fonctions, son état d'ébriété est de nature à exposer les personnes ou les biens à un danger. (cf. Cass, soc., 4 novembre 2015).

15°) Relations avec les usagers

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

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

Le personnel ne doit tenir aucun propos discriminatoire ni adopter un comportement de tel nature à l'égard des usagers.

Tout prosélytisme concernant la religion est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel, conformément à la charte de la personne hospitalisée.

Le principe de neutralité s'impose à tout le personnel : il est interdit de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses croyances religieuses, notamment en portant un signe distinctif et ostentatoire destiné à marquer son appartenance à une religion.

16°) Relations avec les proches

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

Le personnel informe les familles conformément aux dispositions générales du Code de la santé publique, en veillant à la fois à la préservation de l'intérêt du malade et de ses proches.

17°) Secret professionnel

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel.

Le personnel doit veiller au respect de la vie privée du patient et au secret de l'ensemble des informations le concernant. Le personnel ne peut communiquer auprès de personnes extérieures la présence des patients hospitalisés ainsi que des éléments sur leur état de santé.

Le personnel médical et paramédical qui prend en charge le patient est habilité à consulter son dossier médical. Il se connecte via le Dossier patient informatisé. Les connexions informatiques sont tracées. La consultation de ces éléments est strictement réservée à la prise en charge du patient.

En cas de connexions abusives ou inappropriées aux logiciels comprenant des informations personnelles, l'agent s'expose à des sanctions disciplinaires.

En l'absence d'opposition des patients, les indications d'ordre médical telles que le diagnostic et l'évolution de la maladie ne peuvent être données que par les professionnels médicaux dans les conditions fixées par le Code de déontologie. Les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être donnés par les cadres de santé et le personnel infirmier.

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

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

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

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

La diffusion de photos et d'information via les réseaux sociaux sur la présence au sein de l'établissement et l'état de santé de patients est strictement interdite.

18°) Obligation de discrétion professionnelle

Les fonctionnaires doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les fonctionnaires ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

19°) Informatique

Chaque agent est tenu de respecter les dispositions de la charte informatique, et tout particulièrement les dispositions relatives au secret professionnel.

● SECTION 2 : DROITS

1°) Temps de travail et autorisations d'absence

Les obligations de service et les congés sont fixés par voie réglementaire de manière homogène pour tous les établissements publics de santé.

Il faut notamment se référer au décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière.

Les roulements et horaires en vigueur dans l'établissement sont mis à jour par l'administration après consultation et avis des instances concernées.

2°) Gardes et astreintes

Afin d'assurer la continuité du service public hospitalier, un service de gardes et d'astreintes est mis en place.

3°) Exercice du droit syndical

Les établissements doivent permettre l'affichage des informations d'origine syndicale, autoriser la distribution des publications syndicales et, sous réserve des nécessités du service, accorder aux fonctionnaires des facilités pour assister aux réunions d'information syndicale.

Les affichages et les réunions à caractère syndical du personnel sont proscrits dans les locaux utilisés par les usagers.

L'exercice du droit syndical est réglementé par le décret n° 86-660 du 19 mars 1986 modifié, auquel il convient de se référer.

4°) Droit de grève

Lorsque les personnels exercent le droit de grève, la cessation concertée du travail est précédée d'un préavis. Le préavis émane d'une organisation syndicale représentative au niveau national, dans la catégorie professionnelle ou dans l'entreprise, l'organisme ou le service intéressé. Il précise les motifs du recours à la grève. Le préavis doit parvenir cinq jours francs avant le déclenchement de la grève à l'autorité hiérarchique ou à la direction de l'établissement, de l'entreprise ou de l'organisme intéressé. Il mentionne le champ géographique et l'heure du début ainsi que la durée limitée ou non, de la grève envisagée. Pendant la durée du préavis, les parties intéressées sont tenues de négocier.

Les principes de continuité du service public, de santé publique et d'intérêt général conduisent au recours à la notion de service minimum.

Le directeur se réserve le droit d'assigner certains agents grévistes, dont la présence est strictement indispensable à la continuité du service public et des principes énoncés ci-dessus.

Les modalités d'exercice du droit de grève à l'Hôpital sont précisées dans un protocole de grève validé en Comité Technique d'Etablissement. Ce protocole, inséré dans le référentiel Ressources Humaines au chapitre 10, est consultable au secrétariat de la DRH.

5°) Consultation du dossier administratif

Tout agent a le droit de consulter sans justification son dossier administratif. La Direction des Ressources Humaines est garante de la confidentialité des données personnelles des agents.

L'accès aux documents administratifs s'exerce, au choix du demandeur et dans la limite des possibilités techniques de l'administration :

a) Par consultation gratuite sur place en présence d'un agent de la DRH.

Les agents qui le souhaitent prennent rendez-vous auprès de leur gestionnaire ou du secrétariat de la DRH. L'agent peut, le cas échéant, se faire accompagner par un représentant syndical ou par une personne de son choix.

En outre, tout représentant syndical à la CAP appelé à donner son avis sur la situation d'un agent, peut consulter le dossier de celui-ci sans être accompagné par l'agent concerné dans un délai de dix jours précédant la réunion. Cette consultation s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues à l'alinéa précédent.

Les membres des CAP sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle en ce qui concerne tous les faits et documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.

b) Sous réserve que la reproduction ne nuise pas à la conservation du document, par la délivrance d'une copie sur un support identique à celui utilisé par l'administration ou compatible avec celui-ci et aux frais du demandeur, sans que ces frais puissent excéder le coût réglementé de cette reproduction. Dans ce cas, la demande écrite est adressée à la Direction des Ressources Humaines et mentionne les références et la nature des pièces demandées.

c) Par courrier électronique et sans frais lorsque le document est disponible sous forme électronique.

En cas de refus ou de litige avec l'administration, l'agent dispose d'un délai de deux mois à compter de la notification du refus pour saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs.

6°) Prévention des risques psychosociaux

L'employeur est tenu envers son salarié d'une obligation de résultat relative à la protection de sa sécurité physique et mentale.

Cette obligation implique de sa part le respect des principes généraux de prévention énoncés par les articles L. 4121-1 et suivants du Code du travail.

L'établissement s'engage à accompagner et soutenir psychologiquement et juridiquement les agents victimes d'agression verbale ou physique et à sensibiliser les usagers sur les risques qu'ils encourent en cas d'agression physique ou verbale sur une personne chargée d'une mission de service public.

Dans le respect de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, le Code du Travail prévoit (articles L1152-1 et L. 1153-1) qu' « aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses 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 » et que « les agissements de harcèlement de toute personne dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers sont interdits ».

L'établissement souhaite maintenir un bon climat de relations de travail, améliorer la gestion des Ressources Humaines et favoriser le bien-être des personnels. Il ne tolère aucune forme d'incivilité ou de harcèlement susceptible de générer absentéisme, baisse de productivité, baisse de la qualité du travail et augmentation du taux de rotation des personnels et s'engage, conformément à la réglementation (articles L1152-4 et L. 1153-5 du Code du Travail), à prévenir les agissements de harcèlement moral ou sexuel.

Tout salarié ayant procédé à des agissements de harcèlement moral ou sexuel est passible d'une sanction disciplinaire (articles L. 1152-5 et L. 1153-6 du Code du Travail).

Le Document Unique des Risques Professionnels traite des risques psycho-sociaux et de l'ensemble des actions que l'Hôpital développe pour les prévenir. Ce document est régulièrement actualisé et soumis pour avis au CHSCT.

En cas de problème d'addiction à l'alcool ou à toute autre substance, l'agent peut se rendre, de sa propre initiative, au service de santé au travail qui adoptera les moyens nécessaires pour gérer la situation, dans la stricte confidentialité.

Dans le respect de la législation du travail, conformément à l'obligation faite d'assurer sa propre santé et sécurité au travail ainsi que celles des autres, un agent peut avertir le service de santé au travail d'une situation d'addiction caractérisée par les critères d'urgence ou de gravité.

7°) Reclassement pour raison de santé :

L'Hôpital met tout en œuvre pour faciliter les aménagements de postes et les conditions de travail des agents présentant des restrictions médicales.

La situation de ces agents fait l'objet d'un examen par la Commission de prévention de l'absentéisme réunissant le service de santé au travail et le service de la DRH, et d'accompagnement personnalisé dans le souci de proposer aux agents concernés un poste de travail conforme à leurs grades et adapté aux capacités professionnelles et aux restrictions médicales définies par le service de santé au travail et dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer ses fonctions.

Ce n'est que si cette procédure n'aboutit pas, que peut intervenir le reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé dans le respect des dispositions statutaires prévues par le décret n° 89-376 du 8 juin 1989.

Celles-ci prévoient que lorsque l'état physique d'un fonctionnaire, sans lui interdire d'exercer toute activité, ne lui permet pas de remplir les fonctions correspondant aux emplois de son grade, l'intéressé peut demander un reclassement dans un emploi relevant d'un autre grade de son corps ou dans un emploi relevant d'un autre corps. La Direction des Ressources Humaines examine cette demande en lien avec le tableau des effectifs et les compétences de l'agent pour déterminer la suite à donner.

8°) Droit à la protection juridique

Conformément à la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, il est reconnu aux agents, à l'occasion de leurs fonctions et conformément aux règles fixées par le Code pénal et les lois spéciales, une protection organisée par la collectivité publique qui les emploie à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire au fonctionnaire.

Lorsqu'un agent a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

La collectivité publique est tenue de protéger les agents contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

La collectivité publique est tenue d'accorder sa protection à l'agent ou à l'ancien agent dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

La collectivité publique est subrogée aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des menaces ou attaques la restitution des sommes versées à l'agent intéressé. Elle dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe qu'elle peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale.

9°) Droit à la formation professionnelle

Conformément à la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, il est reconnu aux agents le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie.

Le décret du 21 août 2008 reconnaît ce droit aux agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière.

Les agents peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers.

Sans préjudice des actions de formation professionnelle prévues par les statuts particuliers, tout agent bénéficie chaque année, en fonction de son temps de travail, d'un droit individuel à la formation. Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent en accord avec son administration. Celle-ci prend en charge les frais de formation. Les actions de formation suivies au titre du droit individuel à la formation peuvent avoir lieu, en tout ou partie, en dehors du temps de travail. Dans ce cas, les agents bénéficiaires perçoivent une allocation de formation.

Les agents peuvent également bénéficier de périodes de professionnalisation comportant des actions de formation en alternance et leur permettant soit d'exercer de nouvelles fonctions au sein d'un même corps ou cadre d'emplois, soit d'accéder à un autre corps ou cadre d'emplois.

10°) Principe de non-discrimination

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur sexe, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

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

11°) Droit à l'image

Pour les besoins de communication interne et externe de l'Hôpital, le service communication est amené à réaliser des photographies et vidéos des personnels. Avant toute prise de vue, le service communication prépare sa venue en l'indiquant au cadre du service. La finalité (communication interne, externe, pour des besoins de formation...) est explicitée.

La prise de photos et vidéos des personnels ainsi que leur diffusion sont réalisées dans le respect des règles établies par le règlement général de protection des données (RGPD).

Les agents de l'Hôpital sont en droit de refuser d'être pris en photos par les patients et visiteurs.

12°) Livret d'accueil du personnel

Un livret d'accueil du personnel sera remis à tout agent intégrant l'Hôpital.

● SECTION 3 : EFFETS PERSONNELS ET VESTIAIRES

1°) Effets et biens personnels - Responsabilité

Chaque membre du personnel (médical ou non) est responsable de ses effets et biens personnels. Les incidents pouvant être garantis par l'assurance de l'établissement sont mentionnés dans les contrats y afférents, consultables au service juridique de l'Hôpital.

2°) Vestiaires

Tout membre du personnel exerçant des fonctions avec une tenue complète (tuniques, pantalons, bleus de travail, tenues spécifiques) se voit affecter un vestiaire, sauf s'il a un bureau.

L'attribution des vestiaires de Trévenans est gérée par un référent vestiaires relevant de la Direction des achats et de la Logistique. L'utilisation des vestiaires de Trévenans fait l'objet d'un règlement intérieur.

Les vestiaires constituent une mise à disposition de matériel hospitalier.

En conséquence, chaque agent est responsable de son casier et doit contribuer au maintien de sa propreté tout au long de son attribution.

La conservation de denrées périssables, de toutes substances dangereuses ou illicites et d'objets dangereux pouvant être utilisés comme une arme, à l'intérieur des casiers est interdite.

En cas d'observation, le contrevenant risquera des sanctions disciplinaires.

En cas de nécessité liée à l'hygiène des locaux et à la sécurité du personnel, l'ouverture d'un casier est réalisée en présence de l'agent. En cas d'urgence ou d'empêchement du bénéficiaire, le PC de sécurité sera présent lors de l'ouverture.

Le bénéficiaire du casier est informé de l'ouverture du casier qu'il occupe.

Toute détérioration, dégradation, destruction du casier ou d'un autre bien appartenant à l'Hôpital Nord Franche-Comté entreposé dans le local à vestiaires fera l'objet d'un dépôt de plainte et d'une enquête de police en vertu des articles 322-1 et 322-2 du Code Pénal.

En cas de nécessité, lorsque l'agent est absent durant plus de deux mois, le vestiaire peut être saisi et réattribué à un nouveau bénéficiaire.

Le bénéficiaire sera averti par courrier de l'ouverture et de la réattribution du vestiaire, ainsi que de la procédure à suivre pour récupérer ses effets personnels.

En cas de vol commis à l'intérieur des casiers, l'agent victime du vol est en droit de porter plainte auprès des Services de police. Il doit également en avvertir le référent vestiaires et déposer une main courante auprès du PC de sécurité.

Références réglementaires des droits et obligations des agents

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (art. 11 et suivants)

Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat



1°) Force juridique du présent règlement intérieur

La politique de sécurité et de sûreté a pour but de prévenir des événements accidentels et non intentionnels, mais également de toute volonté de nuire à l'établissement ainsi qu'à l'ensemble des usagers, y compris les entités conventionnées avec l'établissement. Le Directeur assure ses obligations de résultats et de moyens en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Il peut compléter le présent règlement par des notes et de consignes à portée générale et permanente ou ponctuelle de manière à faire appliquer les conduites adaptées lorsque la situation le nécessite.

Toute personne présente dans l'enceinte doit respecter les règles de sécurité établies et se conformer le cas échéant, aux injonctions du Directeur de l'établissement ou ses représentants.

2°) Approbation du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur et ses modifications futures seront soumis à l'avis du conseil de surveillance après avis du Comité Technique d'Etablissement et de la Commission Médicale d'Etablissement.

3°) Mise à disposition du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition des usagers et des personnels. Il fait notamment l'objet d'une publication sur les sites internet et intranet.

4°) Mise à jour du règlement intérieur

Il appartient à tout salarié, aux organisations syndicales et aux directions fonctionnelles de proposer à la direction générale par écrit (courrier ou mail) les modifications à apporter à la rédaction du règlement intérieur.

Préalablement à l'inscription pour avis aux instances (CTE, CME, conseil de surveillance), la direction organise une réunion de concertation avec les organisations syndicales durant laquelle sont analysées les nouvelles propositions de rédaction.