

# Règlement intérieur

## Hôpital Nord Franche-Comté



JUIN 2025

**L'HÔPITAL**  
Nord Franche-Comté



## **Préambule**

Le présent règlement est établi en application de l'article R1112-77 du code de la santé publique. Il est constitué de l'ensemble des dispositions qui régissent la prise en charge des patients, l'accueil des usagers et la vie des agents de l'HNFC. Il a pour but de faire connaître les droits et obligations de chacun des usagers et personnels de l'hôpital.

Le présent règlement dispose d'une portée générale sur l'ensemble de l'établissement et de ses sites. Il existe un règlement de fonctionnement spécifique de prise en charge et d'hébergement des personnes âgées de Maison Joly et de Pont de Roide. Le règlement de fonctionnement est ainsi remis aux résidents ou à leurs représentants, ainsi qu'un contrat de séjour.

Le règlement intérieur est tenu à la disposition des patients, de leurs proches, du personnel et de toute personne qui en formule la demande auprès de la Direction générale. Il est téléchargeable sur le site internet : [www.hnfc.fr](http://www.hnfc.fr) (« Présentation » - « Règlement intérieur »).

# SOMMAIRE

## SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| Préambule.....  | 1         |
| <b>TITRE I. DISPOSITIONS GENERALES.....</b>   | <b>7</b>  |
| CHAPITRE 1 : ORGANISATION GÉNÉRALE.....   | 8         |
| ● <b>SECTION 1 : ORGANISATION MEDICO-ADMINISTRATIVE.....</b>  | <b>8</b>  |
| 1°) Le Directeur général .....  | 8         |
| 2°) Le Président de CME .....   | 8         |
| Le Président de la CME est le Vice-Président du Directoire.....   | 8         |
| 3°) Le Directoire .....   | 8         |
| 4°) Le Conseil de Surveillance .....  | 8         |
| ● <b>SECTION 2 : INSTANCES CONSULTATIVES .....</b>  | <b>9</b>  |
| 5°) La Commission Médicale d’Etablissement (CME).....   | 9         |
| 6°) Le Comité d’éthique.....  | 9         |
| 7°) Le Comité Social d’Etablissement (CSE) et La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et des Conditions de Travail (F3SCT)..... | 9         |
| 8°) La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) .....  | 10        |
| 9°) Les Commissions Administratives Paritaires (CAP) et la Commission Consultative Paritaire .....  | 10        |
| 10°) La Commission des Usagers (CDU).....   | 10        |
| 11°) La commission de l’activité libérale.....  | 10        |
| ● <b>SECTION 3 – ORGANISATION INTERNE DES ACTIVITES .....</b>   | <b>11</b> |
| 1°) Les missions du pôle.....   | 11        |
| 2°) Les structures internes des pôles .....   | 11        |
| 3°) Le chef de pôle.....  | 11        |
| 4°) Le contrat de pôle.....   | 11        |
| CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES À L’ACCÈS ET À LA SÉCURITÉ DE L’ETABLISSEMENT .....   | 12        |
| ● <b>SECTION 1 : ACCES A L’ETABLISSEMENT .....</b>  | <b>12</b> |
| ● <b>SECTION 2 : LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT DES VEHICULES .....</b>   | <b>12</b> |
| ● <b>SECTION 3 : LA SECURITE INCENDIE .....</b>   | <b>13</b> |
| ● <b>SECTION 4 : REGLES DE VIE COLLECTIVE .....</b>   | <b>14</b> |
| Pour les usagers .....  | 14        |
| Pour les personnels .....   | 14        |
| ● <b>SECTION 5 : L’EXERCICE DU DROIT DE VISITE DANS L’ETABLISSEMENT .....</b>   | <b>15</b> |

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| ● | <b>SECTION 6 : ACCES DE LA PRESSE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT .....</b>                                     | <b>17</b> |
| ● | <b>SECTION 7 : SECURITE DES SYSTEMES D'INFORMATION ET PROTECTION DES DONNEES</b>                           |           |
|   | <b>NUMERIQUES.....</b>   | <b>17</b> |
|   | <i>Astreinte informatique.....</i>   | <i>18</i> |
| ● | <b>SECTION 8 : SITUATIONS EXCEPTIONNELLES OU D'URGENCE MAJEURE .....</b>                                   | <b>18</b> |
|   | CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS.....   | 20        |
| ● | <b>SECTION 1 : ADMISSIONS .....</b>  | <b>20</b> |
|   | 1°) <i>Mode d'admission.....</i>   | <i>20</i> |
|   | 2°) <i>Admission imposée .....</i>   | <i>20</i> |
|   | 3°) <i>Admission en urgence .....</i>  | <i>20</i> |
|   | 4°) <i>Transfert après premiers secours .....</i>  | <i>20</i> |
|   | 5°) <i>Information de la famille.....</i>  | <i>20</i> |
|   | 6°) <i>Refus d'hospitalisation du patient.....</i>   | <i>20</i> |
|   | 7°) <i>Accueil des patients .....</i>  | <i>21</i> |
|   | 8°) <i>Identification des patients.....</i>  | <i>21</i> |
|   | 9°) <i>Dépôt des biens.....</i>  | <i>21</i> |
|   | 10°) <i>Régime d'hospitalisation .....</i>   | <i>22</i> |
|   | 11°) <i>Consultations externes.....</i>  | <i>22</i> |
|   | 12°) <i>Prise en charge des frais d'hospitalisation.....</i>   | <i>22</i> |
| ● | <b>SECTION 2 : DISPOSITIONS PARTICULIERES.....</b>   | <b>23</b> |
|   | 1°) <i>Femmes enceintes.....</i>   | <i>23</i> |
|   | 2°) <i>Militaires.....</i>   | <i>23</i> |
|   | 3°) <i>Détenus.....</i>  | <i>23</i> |
|   | 4°) <i>Mineurs.....</i>  | <i>24</i> |
|   | 5°) <i>Majeurs légalement protégés.....</i>  | <i>25</i> |
|   | 6°) <i>Patients toxicomanes.....</i>   | <i>25</i> |
| ● | <b>SECTION 3 : CONDITIONS DE SEJOUR .....</b>  | <b>25</b> |
|   | 1°) <i>Information du patient sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications.....</i> | <i>25</i> |
|   | 2°) <i>La personne de confiance.....</i>   | <i>26</i> |
|   | 3°) <i>Le consentement aux soins .....</i>   | <i>26</i> |
|   | 4°) <i>L'accès au dossier médical .....</i>  | <i>27</i> |
|   | 5°) <i>Information de la famille et des proches du patient.....</i>  | <i>27</i> |
|   | 6°) <i>Discrétion demandée par le patient.....</i>   | <i>27</i> |
|   | 7°) <i>Prise de vue et utilisation de l'image de la personne.....</i>                                      | <i>28</i> |

|  |    |
|--|----|
| ● <b>SECTION 4 : LA VIE A L'HOPITAL</b> .....  | 28 |
| 1°) Exercice du droit de visite.....   | 28 |
| 2°) Repas.....   | 28 |
| 3°) Effets personnels.....   | 28 |
| 4°) Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital.....                                       | 28 |
| 5°) Désordres causés par le patient.....   | 29 |
| 6°) Gratifications.....  | 29 |
| ● <b>SECTION 5 : SERVICES MIS A LA DISPOSITION DES PATIENTS</b> .....                      | 29 |
| 1°) Courrier.....  | 29 |
| 2°) Téléphone.....   | 29 |
| 3°) Télévision et radio.....   | 29 |
| 4°) Suivi scolaire.....  | 30 |
| 5°) Service social.....  | 30 |
| 6°) Exercice du culte.....   | 30 |
| 8°) Cafétéria et boutique.....   | 30 |
| ● <b>SECTION 6 : SORTIES</b> .....   | 30 |
| ● <b>SECTION 7 : RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS</b> |    |
| 1°) A l'admission.....   | 32 |
| 2°) En cours d'hospitalisation.....  | 32 |
| 3°) Après la sortie.....   | 32 |
| ● <b>SECTION 8 : PERSONNES DECEDEES</b> .....  | 33 |
| 1°) Constat du décès.....  | 33 |
| 2°) Notification du décès.....   | 33 |
| 3°) Déclaration d'enfant né sans vie.....  | 33 |
| 4°) Indices de mort violente ou suspecte.....  | 33 |
| 5°) Toilette mortuaire et inventaire après décès.....                                      | 33 |
| 6°) Dévolution des biens des hospitalisés décédés.....                                     | 34 |
| 7°) Mesures de police sanitaire.....   | 34 |
| 8°) Présentation du corps.....   | 34 |
| 9°) Inhumation ou crémation du corps.....  | 35 |
| ● <b>SECTION 9 : TRANSPORT DE CORPS</b> .....  | 35 |
| 1°) Transport de corps à résidence sans mise en bière.....                                 | 35 |
| 2°) Transport en chambre funéraire avant mise en bière.....                                | 36 |
| 3°) Transport de corps après mise en bière.....  | 36 |

|  |           |
|--|-----------|
| ● <b>SECTION 10 : AUTOPSIE ET PRELEVEMENT SUR PERSONNE DECEDEE .....</b>             | <b>36</b> |
| 1°) Autopsie médico-légale.....  | 36        |
| 2°) Prélèvements d'organes et de tissus à but thérapeutique ou scientifique .....    | 36        |
| CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.....                                | 38        |
| ● <b>SECTION 1 : OBLIGATIONS .....</b>   | <b>38</b> |
| 1°) Nécessité de service .....   | 38        |
| <b>Gardes et astreintes.....</b>   | <b>38</b> |
| 2°) Le principe d'obéissance hiérarchique.....                                       | 38        |
| 3°) Assiduité et ponctualité du personnel.....                                       | 38        |
| 4°) Exécution des ordres reçus et droit de retrait.....                              | 38        |
| 5°) Information du supérieur hiérarchique de tout incident.....                      | 39        |
| 6°) Conservation en bon état des locaux, matériels et effets.....                    | 39        |
| 7°) Principe de neutralité du service public.....                                    | 39        |
| 8°) Interdiction de pourboires.....  | 39        |
| 9°) Interdiction d'exercer une activité privée lucrative .....                       | 39        |
| • Principe.....  | 39        |
| • Dérogations.....   | 40        |
| 10°) Obligations déontologiques faites aux agents publics hospitaliers .....         | 40        |
| 11°) Identification du personnel .....   | 40        |
| 12°) Tenue vestimentaire de travail.....   | 40        |
| 13°) Tenue et comportement corrects exigés .....                                     | 40        |
| 14°) Lutte contre le bruit.....  | 41        |
| 15°) Dispositions relatives à l'alcool et aux drogues sur les lieux de travail ..... | 41        |
| 16°) Relations avec les usagers.....   | 41        |
| 17°) Relations avec les proches.....   | 41        |
| 18°) Secret professionnel.....   | 41        |
| 19°) Dérogation au principe de secret professionnel .....                            | 42        |
| 20°) Obligation de discrétion professionnelle.....                                   | 42        |
| ● <b>SECTION 2 : DROITS.....</b>   | <b>43</b> |
| 1°) Temps de travail et autorisations d'absence .....                                | 43        |
| 2°) Exercice du droit syndical.....  | 43        |
| 3°) Droit de grève .....   | 43        |
| 4°) Consultation du dossier administratif.....                                       | 43        |
| 5°) Prévention des risques psychosociaux.....  | 44        |
| 6) Égalité professionnelle .....   | 45        |
| 7°) Reclassement pour raison de santé.....   | 46        |
| 8°) Droit à la protection juridique et fonctionnelle .....                           | 46        |
| 9°) Droit à la formation professionnelle.....  | 46        |

|  |           |
|--|-----------|
| 10°) Principe de non-discrimination.....                   | 47        |
| 11°) Droit à l'image .....                                 | 47        |
| 12°) Livret d'accueil du personnel.....                    | 47        |
| <b>● SECTION 3 : EFFETS PERSONNELS ET VESTIAIRES .....</b> | <b>48</b> |
| 1°) Effets et biens personnels - Responsabilité.....       | 48        |
| 2°) Vestiaires .....                                       | 48        |
| <b>CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS DIVERSES .....</b>            | <b>49</b> |
| 1°) Force juridique du présent règlement intérieur.....    | 49        |
| 2°) Approbation du règlement intérieur .....               | 49        |
| 3°) Mise à disposition du règlement intérieur.....         | 49        |
| 4°) Mise à jour du règlement intérieur .....               | 49        |

## **TITRE I. DISPOSITIONS GENERALES**

## CHAPITRE 1 : ORGANISATION GÉNÉRALE

### ● SECTION 1 : ORGANISATION MEDICO-ADMINISTRATIVE

#### 1°) Le Directeur général

Le directeur général est nommé par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, après avis du président du Conseil de Surveillance et du Directeur général de l'ARS.

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement, conformément aux dispositions de l'article L 6143-7 du code de la santé publique.

Le directeur général peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret.

#### 2°) Le Président de CME

Le Président de la CME est le Vice-Président du Directoire.

Le président de la commission médicale d'établissement exerce les missions et les attributions conformément à l'article L 6143-7-3 du Code de la Santé Publique.

#### 3°) Le Directoire

Le Directoire est présidé par le directeur général de l'établissement.

La composition du Directoire est conforme à l'article L 6143-7-5 du code de la santé publique. Les chefs de pôle participent à l'ensemble des directoires.

Le Directoire approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur général dans la gestion et la conduite de l'établissement. (article L 6143-7-4 du code de la santé publique.)

#### 4°) Le Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance élit un président qui est renouvelé pour l'HNFC tous les 2 ans. C'est soit le Président du Grand Belfort, soit le Président de Pays Montbéliard Agglomération (PMA).

La composition du Conseil de Surveillance est conforme aux articles L 6143-5 et 6 et R 6143-4 du code de la santé publique.

Le Conseil de Surveillance définit la stratégie de l'établissement et délibère sur les matières énumérées à l'article L 6143-1 du code de la santé publique.

## ● SECTION 2 : INSTANCES CONSULTATIVES :

### 5°) La Commission Médicale d'Établissement (CME)

La Commission Médicale d'Établissement représente la communauté médicale de l'établissement. Sa composition est fixée par l'article R 6144-3 du code de la santé publique.

La CME est consultée sur les matières relevant de l'article R 6144-1 et 2 du code de la santé publique.

La CME élit son président parmi les membres de la CME, lors d'une séance organisée à cet effet par le directeur de l'établissement et présidée par le praticien hospitalier le plus ancien de l'établissement. Une fois son président élu, la CME procède successivement à l'élection de son vice-président.

En tant que de besoin, la CME crée des sous-commissions spécialisées.

### 6°) Le Comité d'éthique

L'HNFC a mis en place un comité d'éthique composé de professionnels de santé, de personnes qualifiées, d'élus et de représentants d'usagers.

Le comité d'éthique a pour mission :

- d'apporter sa contribution à la réflexion éthique dans le domaine de la santé,
- d'aider les équipes médicales et non médicales confrontées à des interrogations dans leur domaine de compétences,
- d'apporter son expertise éthique dans le cadre de la recherche clinique.

Il se réunit au moins une fois par an en assemblée plénière.

Deux comités restreints composés notamment de membres de l'assemblée plénière sont constitués pour traiter respectivement des sujets qui concernent :

- l'aide apportée aux équipes médicales et non médicales ;
- l'expertise éthique dans le cadre de la recherche clinique.

### 7°) Le Comité Social d'Établissement (CSE) et La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et des Conditions de Travail (F3SCT)

Le CSE et sa formation spécialisée sont compétents sur les attributions précisées par voie réglementaire et notamment celles précisées aux articles 35 à 62 du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public.

La composition du CSE et sa formation spécialisée est déterminée par les articles 4 à 34 du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021.

Le CSE ou sa formation spécialisée sont présidés par le directeur général.

Le CSE et la F3SCT se réunissent chacun une fois par trimestre en séance ordinaire. Ils peuvent se réunir en séance extraordinaire sur initiative et convocation de son président ou de la moitié des membres de l'instance, ou dans un délai maximum d'un mois sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

La F3SCT se réunit en séance extraordinaire et dans les plus brefs délais à la suite de tout accident du travail ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves.

### 8°) La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT)

La CSIRMT est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers et composée des différentes catégories de personnels de soins. Elle est consultée sur des matières et dans des conditions fixées par les dispositions de l'article R6146-10 du code de la santé publique.

Elle est composée conformément à l'article R 6146-11 du code de la santé publique.

### 9°) Les Commissions Administratives Paritaires (CAP) et la Commission Consultative Paritaire

- Les Commissions Administratives Paritaires (CAP)

Les Commissions Administratives Paritaires sont des instances consultatives. Elles donnent des avis préalables à la prise de certaines décisions individuelles défavorables concernant les agents hospitaliers titulaires et les stagiaires. Il s'agit d'avis simples que le directeur général n'est pas obligé de suivre mais lorsqu'il prend une décision différente, il doit informer la CAP dans un délai d'un mois des motifs qui l'ont conduit à ne pas le suivre.

La composition, le fonctionnement et les attributions des CAP sont déterminés par le décret n° 2022-857 du 7 juin 2022 relatif aux commissions administratives paritaires locales, départementales et nationales de la fonction publique hospitalière.

- La Commission Consultative Paritaire (CCP)

Par équivalence avec les fonctionnaires et des stagiaires au travers des CAP, les agents publics hospitaliers contractuels (CDI et CDD) relèvent de la CCP telle que définie par l'arrêté du 22 mai 2022 relatif aux commissions consultatives paritaires compétentes à l'égard des agents contractuels de la fonction publique hospitalière.

La composition, Le fonctionnement et les attributions de la CCP sont précisées dans l'arrêté susvisé.

### 10°) La Commission des Usagers (CDU)

La Commission des Usagers veille au respect des droits des usagers et contribue, par son action, à l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients et de leur entourage.

La composition, Le fonctionnement et les attributions de la CDU sont déterminés par le décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé.

### 11°) La commission de l'activité libérale

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.

La composition, le fonctionnement et les attributions de la commission de l'activité libérale sont déterminés par les articles R 6154-11 à R 6154-14 du CSP.

### ● SECTION 3 – ORGANISATION INTERNE DES ACTIVITES

Pour l'accomplissement de ses missions, l'établissement est organisé en pôles d'activité. L'organisation en pôles d'activité répond aux objectifs du projet d'établissement. Leur nature et leur périmètre doivent revêtir une masse critique suffisante pour leur permettre d'assurer une gestion déconcentrée.

#### 1°) Les missions du pôle

Les missions des pôles sont définies par les contrats de pôle, en référence au projet d'établissement. Les pôles participent aux performances de la gestion de l'établissement en fonction des moyens qui leurs sont alloués et dans le respect des objectifs qui leurs sont assignés.

#### 2°) Les structures internes des pôles

L'organisation interne des pôles d'activité est arrêtée par le directeur général en concertation avec le président de la CME.

#### 3°) Le chef de pôle

Le chef de pôle est nommé pour une période de quatre ans renouvelable sur décision commune du directeur général de l'établissement et du président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de pôle par décision conjointe du directeur et du président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le chef de pôle met en œuvre, au sein de son pôle, la politique générale de l'établissement. Il élabore, en collaboration avec le directeur référent, négocie et conclut le contrat de pôle qui prévoit l'organisation générale du pôle, ses orientations d'activité, les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et la sécurité des soins, et définit les objectifs et moyens du pôle.

Le chef de pôle organise, avec les équipes médicales et soignantes, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le contrat de pôle.

#### 4°) Le contrat de pôle

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

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines prévus par les dispositions de l'article R6146-8 du code de la santé publique.

## **CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ACCÈS ET À LA SÉCURITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT**

### **● SECTION 1 : ACCES A L'ÉTABLISSEMENT**

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 général 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 général peut hiérarchiser les autorisations d'accès, voire 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 : LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT DES VEHICULES**

Dans les enceintes des différents sites de l'Hôpital, la circulation des véhicules est soumise au respect des règles du Code de la route. Le directeur général réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public, notamment l'accueil des malades et l'accès aux services d'urgence, sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

En matière de circulation, le directeur général peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules, notamment les camions et caravanes.

En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement.

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

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

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.

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 matérialisés. Le stationnement de véhicules dans l'enceinte de l'établissement n'est autorisé que pour le temps de présence sur site (temps de travail, de consultations ou d'hospitalisations, de prestations externes). Ils ne doivent en aucune manière gêner les circulations, monopoliser une place de stationnement ou bloquer des voies d'accès, sous peine d'un enlèvement par la fourrière. Le service prévention sécurité fait respecter la réglementation interne relative à la politique de stationnement et de circulation dans l'enceinte des sites. Les services de gendarmerie et de police sont autorisés à intervenir et verbaliser les véhicules en infraction 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 arrêt ou 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.

### ● SECTION 3 : LA SECURITE INCENDIE

Les sites sont assujettis aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables aux établissements recevant du public, selon leur classification par catégorie et par type. Ils sont également assujettis aux règles de sécurité incendie régies par le code du travail.

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séquences de formations internes relatives à la sécurité incendie. Des exercices sont organisés périodiquement afin de maintenir le niveau de connaissance du personnel.

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

- la conduite à tenir en cas d'incendie ;
- les modalités de mise en sécurité ou d'évacuation, notamment dans les locaux d'hospitalisation ;
- les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et liquides inflammables ;
- la vacuité permanente des chemins d'évacuation ;
- l'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction ;
- l'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques ;
- la prohibition de l'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage dans les locaux non appropriés.

Le service prévention sécurité a pour mission de faire respecter les règles édictées. Toute demande d'action corrective ou préventive émanant du service prévention sécurité, pour le directeur général, auprès du personnel de l'HNFC se doit d'être exécutée sans délai

L'ensemble des usagers engagent leur responsabilité en cas de non-respect des injonctions du directeur général ou ses représentants sur le respect des règles et consignes de sécurité.

## ● 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 animaux d'assistance, qui peuvent accompagner leur maître, lorsque celui-ci vient pour des soins.

### SOUS-SECTION 3 : L'INTERDICTION DE FUMER

L'ensemble des sites de l'HNFC sont des lieux de santé sans tabac.

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 du site de Trévenans et des autres sites de l'établissement, y compris dans la proximité immédiate des établissements. Cette interdiction ne concerne pas les cigarettes électroniques.

Cette interdiction s'applique aux personnels, aux patients ainsi qu'aux visiteurs se trouvant dans l'enceinte des établissements.

L'objectif à terme est également la disparition totale de la consommation de tabac à l'extérieur des bâtiments. Une signalétique dédiée rappelle le principe de l'interdiction de fumer.

Afin de préserver la santé des patients et des professionnels, un accompagnement au sevrage est organisé pour les patients et les professionnels fumeurs par des tabacologues.

### SOUS-SECTION 4 : LES TELEPHONES PORTABLES

#### Pour les usagers

L'usage des téléphones portables est toléré s'il est compatible avec la prise en charge des patients. Il est interdit de filmer ou enregistrer les patients, les usagers, avec un téléphone portable.

#### Pour les personnels :

L'utilisation des téléphones mobiles personnels est interdite pendant le temps de travail.

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.

## **SOUS-SECTION 5 : OBJETS 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.

A l'exception des représentants du personnel, 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 seuls, 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 de l'enceinte de l'établissement et ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores.

Les visiteurs doivent respecter les règles d'hygiène inhérentes à l'établissement notamment en période d'épidémie.

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 la direction.

Les démarcheurs et les représentants ne peuvent intervenir dans l'établissement qu'après accord de la direction. Ceux qui pénètrent sans autorisation de la direction 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 le directeur 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 général 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 générale (service communication et secrétariat de direction générale).

#### **● SECTION 7 : SECURITE DES SYSTEMES D'INFORMATION ET PROTECTION DES DONNEES NUMERIQUES**

L'Hôpital Nord Franche-Comté applique la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S) conformément à l'article L1110-4-1 du Code de la santé publique, une charte informatique à portée générale et son complément à destination des utilisateurs à privilèges (Administrateurs techniques), ainsi qu'une Politique de confidentialité et de protection de la donnée à caractère personnel conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Ces quatre documents font partie intégrante du présent règlement intérieur et sont donc opposables à l'ensemble du personnel sans nécessité de signature individuelle. Ils définissent respectivement les règles et obligations en matière de sécurité des systèmes d'information, d'utilisation des ressources informatiques de l'établissement, et de protection des données à caractère personnel. Tout employé est tenu de prendre connaissance de ces documents et de s'y conformer scrupuleusement dans l'exercice de ses fonctions.

Ces documents sont mis à disposition de tous les employés et peuvent être consultés sur l'intranet de l'Hôpital Nord Franche-Comté ou en format papier à la Direction des Ressources Humaines et à la Direction des Affaires Médicales et de la Recherche Clinique.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner des sanctions disciplinaires.

Le directeur général ou ses représentants se conforment aux réglementations en cours pour l'installation de systèmes et matériels de sécurité/sûreté, notamment le contrôle d'accès par badge, la biométrie, la vidéo-protection et la vidéo-surveillance.

Toute connexion au réseau, quelle qu'en soit la modalité, est susceptible d'affecter la fiabilité du réseau, sa pérennité

et la confidentialité des données administratives et médicales. Conformément à la politique de sécurité des systèmes d'information, toute installation de matériel informatique, de logiciel ou d'équipement connecté au réseau nécessite l'autorisation préalable du service informatique après expertise technique.

L'ensemble des règles de bon usage des ressources informatiques est décrit dans la Charte d'utilisation des ressources informatiques annexée au présent règlement intérieur

### ● **Astreinte informatique**

En dehors des horaires d'ouverture du service informatique, une astreinte informatique est effective en semaine de 18h00 à 8h00 le lendemain, les week-ends du vendredi 18h00 au lundi 8h00 en continu et les jours fériés de la veille du jour férié à 18h au lendemain du jour férié à 8h00.

Cette astreinte est prévue pour les problèmes qui bloquent tout ou partie des utilisateurs d'un service ou qui empêchent le bon fonctionnement de l'établissement. Les incidents qui n'affectent qu'un poste de travail ne sont pas pris en charge. La procédure de déclenchement de l'astreinte est initiée exclusivement par le directeur de garde.

### ● **SECTION 8 : SITUATIONS EXCEPTIONNELLES OU D'URGENCE MAJEURE**

L'HNFC dispose d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles qui constitue un support méthodologique et une aide à la décision visant à gérer une situation de crise entraînant une augmentation de la demande de soins ou une perturbation de l'organisation de la prise en charge des patients.

Le directeur général, ou en son absence le directeur de garde, veille à sa mise en œuvre.

En fonction de la nature de la situation à l'origine du déclenchement du plan de gestion, du moment de sa survenue, de ses conséquences ou de sa cinétique d'apparition, le directeur général, ou en son absence le directeur d'astreinte, dispose d'une marge de manœuvre et de décision lui permettant de s'adapter de manière appropriée et proportionnée à la situation à laquelle il est tenu de faire face, dans l'intérêt de l'établissement, de son personnel et de ses patients.

En plus de son plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles qui correspond à son dispositif transversal de gestion de crise en cas d'afflux de patients ou de victimes, l'établissement peut être amené à mettre en œuvre des mesures particulières en cas d'événement exceptionnel comportant un risque spécifique ou une menace critique (informatique, sécurité, etc.). Ces mesures particulières font l'objet de plans de sécurité et de secours spécifiques.

Si l'HNFC est confrontée à une situation pour laquelle la gestion courante de l'établissement ne suffit pas à elle seule, le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles définit un dispositif de montée en puissance gradué selon deux niveaux. La cellule de crise hospitalière pourra mobiliser les dispositions prévues par le plan de façon partielle et/ou progressive afin d'adapter, dans la mesure du possible, la capacité de prise en charge à la demande de soins.

### **SOUS-SECTION 1 : HOPITAL EN TENSION**

Le premier niveau, intitulé « Dispositif Hôpital En Tension » (HET), correspond au plan de mobilisation interne, dispositif visant à réguler la gestion des tensions hospitalières relevant d'une inadéquation entre le flux entrant et les capacités immédiates d'accueil et de prise en charge. Ces situations potentiellement critiques n'ont pas d'impact, à court terme, sur le fonctionnement courant de l'établissement. Les situations pouvant provoquer un déclenchement du dispositif HET sont notamment les suivantes : affluence de patients supérieure à la normale, carence de lits d'aval, fragilisation du fonctionnement des structures d'accueil des urgences (manque de personnel, difficultés d'accès aux plateaux techniques, défaillance des équipements ou des infrastructures, etc.).

### **SOUS-SECTION 2 : LE PLAN BLANC**

Le second niveau, intitulé « Plan blanc », correspond à un dispositif de gestion des situations sanitaires exceptionnelles avec impact majeur sur l'établissement ou sur la demande de soins telles qu'un accident grave, un attentat, une catastrophe naturelle, une épidémie, une pénurie, etc.

Le directeur général décide du déclenchement du plan blanc et de sa mise en œuvre.

Dans le cas où le directeur général ne serait pas en mesure de se rendre rapidement sur place pour procéder lui-même au déclenchement du plan blanc, cette mission incombe au directeur d'astreinte. Ce dernier doit toutefois avoir, préalablement au déclenchement, pris attache du directeur général.

Le plan blanc doit faire l'objet d'une mise à jour autant que besoin, pour prendre en compte les nouveaux risques et menaces identifiés et les changements survenus dans la structure, l'organisation et les ressources de l'établissement.

### **SOUS-SECTION 3 : LE PLAN DE SECURISATION**

Le plan de sécurisation de l'HNFC définit l'organisation générale de la politique de sûreté des personnes et des biens au sein de l'établissement. Il est établi en conformité avec le décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et à l'instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé. Il est fondé sur un diagnostic préalable mené conjointement avec les forces de l'ordre. Il présente une analyse des risques de sûreté et les mesures prises pour les réduire.

En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur général prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

La F3SCT en est informée pour les domaines relevant de sa compétence.

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur général peut faire appel aux forces de l'ordre pour faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider de la mise en place d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

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

## CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

### ● SECTION 1 : ADMISSIONS

#### SOUS-SECTION 1 : DISPOSITIONS GENERALES

##### 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 patient 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 les 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 patient

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 dans un coffre sécurisé au bureau des entrées par un agent habilité. En cas d'hospitalisation prolongée supérieure à 15 jours ou en cas de décès du patient, l'ensemble est susceptible d'être déposé auprès de la trésorerie de Belfort.

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 patients 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 général 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.

## ● SECTION 2 : DISPOSITIONS PARTICULIERES

### 1°) Femmes enceintes

Le directeur général 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 général 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 comparaitre 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 2ème 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 général 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°) Patients 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 3 : 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 patient 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. Le consentement du patient doit systématiquement être recueilli et tracé avant transfert en SMR, en USLD ou en EHPAD.

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.

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 patient

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.

## ● SECTION 4 : LA 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.

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 patient

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

En cas d'agression ou de dommages matériels, l'établissement se réserve la possibilité d'engager des poursuites judiciaires et pénales

Lorsqu'un patient, 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 patients 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 patients, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

## ● SECTION 5 : SERVICES MIS A LA DISPOSITION DES PATIENTS

### 1°) Courrier

Le courrier est distribué et relevé du lundi au vendredi par le service des vagemestres de l'établissement. Les vagemestres 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.

Pour des raisons de sécurité (risque de perturbations des appareils médicaux), l'usage des téléphones portables est strictement interdit dans les lieux comportant des dispositifs électro médicaux (soins intensifs, bloc opératoire, néonatalogie, etc.).

### 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 patient 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 patients doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte dans les limites et conditions du respect de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'équipe paramédicale ou au bureau des admissions, la visite du ministre du culte de leur choix.

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 multiconfessionnel est géré par les aumôniers de l'Hôpital. L'accès des agents à ce lieu est autorisé exclusivement en dehors du temps de travail et en tenue vestimentaire personnelle.

#### 8°) Cafétéria et boutique

Une cafétéria et une boutique sont à disposition dans le hall d'accueil du site de Trévenans. Un espace bibliothèque est aussi mis à disposition.

### ● SECTION 6 : 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 général 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**

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. L'invalidation de cette disposition devra faire l'objet d'une attention toute particulière en cas de confinement hospitalier.

Lorsque l'état de l'hospitalisé évolue à court terme vers un processus agonique, il peut être organisé un transfert du patient vers son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

### **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 papiers ou informatiques remplis sont transmis à la direction générale afin d'être analysés.

Le directeur général communique périodiquement au Conseil de surveillance, à la Commission Médicale d'Établissement, au Comité Social d'Établissement 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 7 : 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 8 : 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).

Un médecin établit le certificat de décès.

##### 2°) Notification du décès

La famille ou les proches doivent être prévenus le plus rapidement possible et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de l'état du patient 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 né sans vie

La déclaration d'un « enfant né 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 patient, 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.

La toilette mortuaire prenant des formes distinctes selon les cultes, elle peut aussi être effectuée par les membres de la famille ou un ministre du culte.

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

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 du site principal de l'HNFC.

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 du site principal à Trévenans. 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.

Pour les autres sites de l'HNFC, la présentation du corps est faite dans la chambre du défunt dans les 10 heures après le décès.

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'opérateur funéraire de leur choix.

Si le décès pose un problème médico-légal, le corps ne peut être rendu à la famille qu'avec l'accord exprès 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 hors circonstance infectieuse particulière.

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse renfermant des radio-éléments ou d'un pacemaker, 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.

## ● SECTION 9 : TRANSPORT DE CORPS

### 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 général 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 général 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 général.

En outre, si le corps doit être transporté dans une chambre funéraire hors de la commune où se trouve implanté l'établissement 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.

## ● SECTION 10 : AUTOPSIE ET PRELEVEMENT SUR PERSONNE DECEDEE

### 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.

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 général, 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.

## CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

### ● 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 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.

#### Gardes et astreintes

Afin d'assurer la continuité du service public hospitalier, un service de gardes et d'astreintes est mis en place dans tous les secteurs le nécessitant.

#### 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 directeur général 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 et aux chefs de service 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.

De la même façon les règles de gestion du temps médical sont validées chaque année en directoire dans un document de synthèse partagé.

#### 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 auprès de son supérieur hiérarchique 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. L'employé l'alerte également 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°) Principe de neutralité du service public

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital y compris dans les locaux de restauration au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe, le fait pour un agent de manifester dans l'exercice de ses fonctions ses croyances religieuses, notamment en portant un signe destiné à marquer son appartenance à une religion, constitue un manquement à ses obligations dès lors que ce signe constitue un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'il perturbe le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

A ce titre, les agents de l'établissement sont tenus de travailler tête nue hormis les secteurs dans lesquels la tenue professionnelle nécessite le port d'un calot pour raison d'hygiène.

De même, tout agent de l'établissement doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre en charge, avec la même conscience, tous les usagers du service public, quelles que soient leur condition, leur nationalité, leur orientation sexuelle, leur religion ou leurs croyances.

#### 8°) 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.

#### 9°) Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

- 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 articles L 123-1 à 10 du Code général de la Fonction Publique. 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 aux articles L 123-1 à 10 du Code général de la Fonction Publique. 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. Toute demande sera instruite dans le respect des conditions de contrôle déontologique fixées au décret n°2020-69 du 30 janvier 2020 et adressée à la direction des affaires médicales et de la recherche clinique pour validation.

### 10°) Obligations déontologiques faites aux agents publics hospitaliers

L'ensemble des personnels hospitaliers sont soumis, quel que soit leur statut aux obligations déontologiques fixées par les articles 34 et 35 de la Loi n° 2019-828 de transformation de la fonction publique.

### 11°) 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.

### 12°) 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.

Est prohibé le fait de porter une tenue faisant état d'une qualification professionnelle différente de sa propre qualité. L'auteur s'expose à une procédure disciplinaire et d'éventuelles poursuites judiciaires.

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.

### 13°) 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 leur sont applicables.

A ce titre, chaque agent hospitalier est tenu de respecter la charte des relations professionnelles de qualité jointe en annexe.

#### 14°) 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.

#### 15°) Dispositions relatives à l'alcool et aux drogues sur les lieux de travail

L'apport et la consommation 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).

#### 16°) 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 ou la politique 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.

#### 17°) 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.

#### 18°) 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. Les personnels soumis à inscription auprès des Ordres Professionnels doivent strictement se conformer au code de Déontologie qui leur est propre.

En cas de connexions abusives ou inappropriées aux logiciels comprenant des données à caractère personnel, l'agent s'expose à des sanctions disciplinaires, ordinales et pénales.

En l'absence d'opposition des patients, les informations 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 la réglementation. 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 échanger des informations relatives à une personne prise en charge afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire, sauf opposition de la personne dûment avertie.

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 ou vidéos 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. Le statut de patient VIP devra faire l'objet d'une attention discrétionnaire toute particulière.

#### 19°) Dérogation au principe de secret professionnel

Tout agent, y compris médecin, a l'obligation de rendre compte au représentant légal de l'établissement ou à son représentant de toute situation suspecte délictuelle ou criminelle constatée dans l'exercice de ses fonctions.

#### 20°) Obligation de discrétion professionnelle

Les agents 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 agents ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision légitime expresse de l'autorité dont ils dépendent.

## ● 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 la direction après consultation et avis des instances concernées.

### 2°) 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.

### 3°) 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 général 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 Social d'Etablissement. Ce protocole, inséré dans le référentiel Ressources Humaines au chapitre 10, est consultable au secrétariat de la DRH.

### 4°) Consultation du dossier administratif

Tout agent a le droit de consulter sans justification son dossier administratif. La Direction des Ressources Humaines et la Direction des Affaires Médicales et de la Recherche Clinique sont garantes, dans leur périmètre respectif, 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 ou de la DAMRC

Les agents qui le souhaitent prennent rendez-vous auprès de leur gestionnaire ou du secrétariat de la DRH/DAMRC. 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 ou à la CCP 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 ou de la CCP 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. Dans ce cas, la demande écrite est adressée à la Direction des Ressources Humaines ou à la Direction des affaires médicales et de la recherche clinique pour le corps médical et mentionne les références et la nature des pièces demandées.

c) Par courrier électronique 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.

### 5°) 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.

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 du code général de la Fonction Publique dans ses articles L 131-1 à 3 « Aucun agent public ne doit subir les faits :

1° De harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ;

2° Ou assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers. »

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

L'établissement souhaite maintenir un bon climat de relations de travail, améliorer la gestion des ressources humaines médicales et non médicales et favoriser le bien-être des personnels. Il ne tolère aucune forme d'incivilité ou de harcèlement susceptible de générer une dégradation des conditions de travail des agents, de l'absentéisme, baisse de productivité, baisse de la qualité du travail et augmentation du taux de rotation des personnels et s'engage à prévenir les agissements de harcèlement moral ou sexuel.

Tout agent ayant procédé à des agissements de harcèlement moral ou sexuel est passible d'une sanction disciplinaire et des poursuites pénales dans les conditions prévues aux articles 222-33-2 à 222-33-2-2 du Code Pénal.

Le Document Unique des Risques Professionnels traite des risques psycho-sociaux et de l'ensemble des actions que l'établissement développe pour les prévenir. Ce document est régulièrement actualisé et soumis pour avis au F3SCT.

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.

## 6) Égalité professionnelle

La mise en place d'un référent Égalité professionnelle commun à l'HNFC et au CHSLD fait suite au plan d'action pluriannuel relatif à l'égalité professionnelle 2020-2023.

Les champs d'action :

- Evaluer et prévenir les écarts de rémunération homme/femme.
- Garantir l'égal accès aux corps, cadres d'emplois, grades et emplois de la fonction publique tant pour les fonctionnaires que pour les contractuels.
- Favoriser l'articulation activité professionnelle et vie personnelle et familiale.
- Prévenir et traiter les discriminations, les actes de violence, de harcèlement moral ou sexuel ainsi que les agissements sexistes.

Contactez le référent égalité :

[referent.egalite@hnfc.fr](mailto:referent.egalite@hnfc.fr)

03.84.98.36.70

### 7°) Reclassement pour raison de santé :

L'établissement 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 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 et fonctionnelle

Conformément aux articles L. 134-1 à L. 134-12 du CGFP, 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 l'établissement qui les emploie à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire à l'employé.

L'établissement doit couvrir l'agent au titre de la procédure civile, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'a pas été retenue à son encontre.

L'établissement est tenu 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.

L'établissement est tenu 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.

L'établissement dispose, de la possibilité d'une action directe qu'il peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale.

### 9°) Droit à la formation professionnelle

Conformément au titre II du livret IV du CGFP, 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 genre, 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.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, l'évaluation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un agent 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 ;
- 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'établissement ont le 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 à Trévenans est gérée par un référent vestiaires relevant de la Direction des Ressources Economiques, Logistiques et Techniques. 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'inobservation, 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.

## **CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS DIVERSES**

### 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 général assure ces 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 de la structure doit respecter les règles de sécurité établies et se conformer le cas échéant, aux injonctions du directeur général ou de 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 social d'établissement 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 agent, 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 (CSE, CME, Conseil de surveillance), la direction organise une réunion de concertation avec les organisations syndicales durant laquelle sont analysées les nouvelles propositions de rédaction.