



CENTRE  
HOSPITALIER  
OUEST REUNION

*Règlement Intérieur*

## Sommaire

PRESENTATION GENERALE DU CENTRE HOSPITALIER OUEST RÉUNION .....	4
<b>CHAPITRE I - L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE .....</b>	<b>7</b>
TITRE 1 - LES INSTANCES DECISIONNELLES .....	7
Section 1 : Le directeur .....	7
Section 2 : Le Conseil de surveillance .....	9
Section 3 : Le directoire .....	12
TITRE 2 - LES INSTANCES CONSULTATIVES .....	13
Section 1 : La Commission Médicale d'Etablissement (CME) .....	13
Section 2 : La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT) .....	16
Section 3 : Le Comité Technique d'Etablissement .....	18
TITRE 3 - LES INSTANCES SPECIALISEES .....	19
Section 1 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) .....	19
Section 2 : Les Commissions Administratives Paritaires (CAPL) .....	20
Section 3 : La Commission des Usagers (CDU) .....	21
TITRE 4 - ORGANISATION ET ATTRIBUTION DES POLES D'ACTIVITE .....	23
Section 1 : L'organisation polaire .....	23
<b>CHAPITRE II - L'ORGANISATION DES SOINS .....</b>	<b>27</b>
Section 1 : L'organisation médicale .....	27
Section 2 : L'organisation paramédicale .....	28
Section 3 : Qualité et sécurité des soins .....	29
Section 4 : La prévention du risque infectieux .....	29
Section 5 : Garde de direction .....	29
<b>CHAPITRE III : LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS .....</b>	<b>31</b>
TITRE 1 : L'ADMISSION DU PATIENT .....	31
Section 1 : Dispositions générales relatives aux admissions en hospitalisation .....	31
Sous-section 1 : Modes d'admission .....	31
Sous-section 2 : Formalités administratives d'admission .....	32
Section 2 : Dispositions particulières à certains patients .....	33
Sous-section 1 : femmes enceintes .....	33
Sous-section 2 : cas particuliers des IVG .....	34
Sous-section 3 : Cas particuliers .....	34
Sous-section 4 : cas particulier des mineurs et des majeurs protégés .....	36
Section 3 : Effets personnels .....	38
Sous-section 1 : Biens et valeurs .....	38
Sous-section 2 : Armes blanches, armes à feu, cannabis ou autres drogues .....	38
Section 4 : Cas particulier des personnes âgées admises à l'EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) .....	39
TITRE 2 : RELATIONS AVEC LES USAGERS ET QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE .....	40
Section 1 : Gestion des réclamations formulées par les patients ou leurs familles ou tout autre tiers .....	40
TITRE 3 : LE SEJOUR A L'HOPITAL .....	41
Section 1 : Information du patient .....	43
Section 2 : Personne de confiance et personne à prévenir .....	45
Section 3 : Consentement et refus de soins .....	46

<i>Section 4 : Conditions de séjour des personnes hospitalisées</i> .....	47
<i>Sous-section 1 : Règles applicables aux personnes extérieures</i> .....	49
<i>Sous-section 2 : Comportements des personnes hospitalisées</i> .....	50
<i>Sous-section 3 : Prestations de service mises à disposition des patients pendant leur séjour à l'hôpital ...</i>	51
TITRE 4 : SORTIE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE.....	51
<i>Section1 : autorisation et modalités de sortie</i> .....	51
<i>Section 2 : Sortie spécifiques</i> .....	52
TITRE 5 : LE DOSSIER PATIENT.....	53
TITRE 6 : AGGRAVATION DE L'ETAT DE SANTE ET FIN DE VIE.....	55
<b>CHAPITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.....</b>	<b>60</b>
<i>Section 1 : dispositions générales</i> .....	60
TITRE 1 : OBLIGATIONS DES AGENTS DU SERVICE HOSPITALIER.....	60
<i>Section 1 : Devoirs et obligations du personnel</i> .....	60
<i>Section 2 : Obligations à l'égard de la personne hospitalisée, du résident et des familles</i> .....	61
<i>Section 3 : Obligations d'un exercice professionnel conforme au bon fonctionnement du service public hospitalier</i> .....	64
<i>Section 4 : Désintéressement</i> .....	67
TITRE 2 : DROITS DES PERSONNELS.....	68
<i>Section 1 : Les garanties en qualité de citoyen</i> .....	68
<i>Section 2 : Les garanties en qualité d'agent</i> .....	68
<b>CHAPITRE V : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE.....</b>	<b>74</b>
TITRE 1 : NATURE ET OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE.....	74
TITRE 2 : LA SECURITE GENERALE.....	74
TITRE 3 : SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES.....	75
TITRE 4 : LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILE.....	77
TITRE 5 : RAPPORT AVEC LES AUTORITES.....	78
TITRE 6 : SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION.....	78
TITRE 7 : GESTION DES CRISES.....	79
<b>CHAPITRE VI : APPROBATION - OPPOSABILITE.....</b>	<b>81</b>
<b>ACTUALISATION DU REGLEMENT INTERIEUR.....</b>	<b>81</b>
<b>CHAPITRE VII : ANNEXES.....</b>	<b>82</b>

## PREAMBULE

Le présent règlement intérieur du Centre Hospitalier Ouest Réunion de Saint Paul (La Réunion) est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur, et notamment celles du code de la santé publique.

Il a été arrêté par le directeur du CHOR après concertation avec le directoire menée lors de sa séance en date du 13 octobre 2016, avis de la commission médicale d'établissement lors de sa séance en date du 13 octobre 2016, avis du comité technique d'établissement lors de sa séance en date du 26 octobre 2016, avis du CHSCT en date du 16 septembre 2016 et avis du conseil de surveillance exprimé lors de sa réunion en date du 14 octobre 2016. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques a été informée dans sa séance du 4 octobre 2016.

Le présent règlement intérieur définit les règles de fonctionnement du CHOR, notamment sur le plan de l'organisation institutionnelle générale et par pôle, de l'accueil et de la prise en charge des usagers au sein des pôles et structures internes de pôles ainsi que de l'activité et de la gestion des professionnels hospitaliers.

Le règlement intérieur est, pour l'essentiel, un condensé des dispositions légales et réglementaires concernant les établissements publics de santé. Sous cet aspect, il est subordonné aux actes juridiques supérieures et ne saurait faire obstacle, notamment :

- ✓ à l'application des lois et règlements
- ✓ aux délibérations exécutoires du Directoire
- ✓ aux consignes permanentes et mesures individuelles prises par le Directeur pour garantir l'ordre, la sécurité des personnes et des biens ou la continuité du service public.

Certaines dispositions du règlement intérieur peuvent être précisées par des documents qualité, procédures, modes opératoires, instructions de travail, accessibles dans le système de gestion électronique de l'établissement.

Certains documents qualité, mettant en œuvre la politique d'amélioration continue de l'établissement, sont par ailleurs indépendants du règlement intérieur de l'établissement.

Conformément à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, le directeur du CHOR assure l'application et l'exécution des dispositions du présent règlement intérieur sur l'ensemble des sites de l'établissement.

## PRESENTATION GENERALE du CENTRE HOSPITALIER OUEST RÉUNION

### ▪ Statuts

Le Centre Hospitalier Ouest Réunion est un établissement public de santé régi par les dispositions du Code de la Santé Publique.

Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Il est soumis au contrôle de l'Etat et à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier.

### ▪ Sites et implantation géographiques

Le CHOR est sis au 5 impasse Plaine Chabrier, Le grand pourpier sud - 97 460 SAINT-PAUL.

Outre le site principal il comporte des structures, services ou unités délocalisés dont :

- La Maison Des Adolescents : 149 rue Marius et Ary Leblond – SAINT-PAUL
- Le Centre de Prévention Ouest : 21 rue Ibrahim Balbolia – SAINT-PAUL
- Equipe de liaison de soins en addictologie (E.L.S.A.) : 42 Chaussée Royale – SAINT-PAUL
- Centre de consultation douleur : 11, rue de l'hôpital – SAINT PAUL

Il comprend en outre un Etablissement d'Hospitalisation pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

### ▪ Missions (C.S.P. art. L 6111 L 6112)

#### 1) Missions Générales

Situé sur le territoire de santé Ouest de l'île, le Centre Hospitalier Ouest Réunion est un établissement public de santé de proximité qui répond aux besoins de santé d'une population d'environ 200 000 habitants.

Il participe à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire sur le territoire.

Comme tout établissement de santé, sa mission première est d'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients, des blessés et des femmes enceintes.

Le CHOR répond 24h sur 24h à la demande de soins de la population en mettant à sa disposition des services d'hospitalisation, un plateau technique moderne, des unités de consultations ainsi qu'un service d'urgence.

L'Établissement participe en outre à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux.

#### 2) Missions de service public

Comme prévu à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, le CHOR assure notamment les missions de service public suivantes :

- la permanence des soins, au titre tant de l'urgence que des prises en charge courantes voire spécialisées,
- la prise en charge des soins palliatifs et l'accompagnement des patients en fin de vie et de leurs proches,
- le développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques,
- la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical ainsi que la recherche dans leurs domaines de compétence,

- les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination,
- l'aide médicale d'urgence en partenariat avec les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé du territoire participant à l'organisation de la permanence des soins,
- la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination,
- la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Ces missions de service public font l'objet d'une déclinaison négociée avec l'agence régionale de santé de la Réunion dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du CHOR.

La liste des activités autorisées est disponible sous l'outil institutionnel de gestion documentaire.

#### ▪ Principes fondamentaux

Par référence à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, le CHOR respecte les principes fondamentaux visant l'égal accès de tous aux soins, à la continuité du service hospitalier ainsi que l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service. Il applique, en outre, la charte de la personne hospitalisée telle que définie par la circulaire n°90 en date du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées.

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

Le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du CHOR.

L'ensemble des valeurs et principes guidant l'action du CHOR et de ses agents sont énoncés dans les chartes et règlements intérieurs joints en annexe du présent document.

#### ▪ La démarche de développement Durable

Le CHOR s'est engagé dans une démarche de développement durable dont la mise en œuvre concertée, vise à intégrer dans l'ensemble de ses activités de soin ou associées, les principes et dimensions du développement durable.

Les objectifs du CHOR s'inscrivent dans le Plan Régional Santé Environnement (2011-2015) (P.R.S.E.2) cosigné par le Préfet, le Président du Conseil Régional et du Directeur de l'ARS-OI.

Ils seront éventuellement amenés à évoluer avec les futurs plans cadre régionaux et nationaux.

La contribution du CHOR s'inscrit dans le cadre de la responsabilité sociétale. Celle-ci couvre :

- La responsabilité **sociale** qui fait référence à la notion d'entreprise citoyenne (égalité des chances et de traitement, santé et sécurité des salariés, impacts des bâtiments et des

activités sur l'environnement, intégration de cette responsabilité dans la commande publique),

- La responsabilité **économique** (choix d'investissement, de l'organisation et conséquences environnementales, sociale et territoriales de ces choix),
- La responsabilité **environnementale** (principes d'éco-management et d'éco-responsabilité, impacts de l'activité sur l'environnement).

A ces trois responsabilités s'ajoutent deux principes :

- Le principe de **gouvernance** : une bonne gouvernance implique l'intégration des principes et des pratiques de responsabilité dans les processus de prise de décisions, de management et d'exercice du métier.
- Le principe **d'implication dans la vie locale** : l'implication dans la vie locale est le travail de proximité d'une organisation et des personnes qui la composent vis-à-vis des communautés et autres organisations présentes sur son territoire.

L'ensemble des parties prenantes de l'établissement s'engagent à respecter les valeurs et objectifs affichés par le CHOR.

#### ▪ **La responsabilité et le professionnalisme**

Le malade est pris en charge par des professionnels conscients de leurs responsabilités individuelles et collectives qu'ils assument pleinement. Le professionnalisme est soutenu par la réalisation de plans de formations et d'utilisation de procédures et de protocoles validés, reconnus et actualisés afin de donner à chaque patient à tout moment les meilleurs soins, en toute sécurité.

#### ▪ **Le développement et l'affirmation de la coopération**

Les professionnels souhaitent affirmer l'importance de la complémentarité dans le cadre de la prise en charge globale tout au long du parcours du patient, ou chacun participe à la réalisation d'une mission collective. Chacun en fonction de son poste, de ses aptitudes, de ses compétences y apporte une contribution indispensable qu'il souhaite voir reconnue et valorisée en termes d'implication.

#### ▪ **La nécessité de se former, d'actualiser ses connaissances, d'assurer ses responsabilités professionnelles et institutionnelles.**

Chaque professionnel garantit à la personne soignée sa compétence technique et relationnelle et s'engage à actualiser régulièrement ses connaissances.

## CHAPITRE I - L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

### Titre 1 - Les instances décisionnelles

#### Section 1 : Le directeur

##### **Textes de référence**

Art. L. 1432-2 du CSP

Art. L. 6143-7-2 du CSP

Art. L. 6143-7 du CSP

Art. L. 6143-7-4 du CSP

Art. L. 6143-7-5 du CSP

Art. L. 6146-1 du CSP

Art. 11 de la loi sur la nomination de directeurs « contractuels » ; l'évaluation des personnels de direction et la formation dans le cadre de la prise de fonction

Décret n° 2009-1759 du 30 décembre 2009 relatif à l'évaluation des personnels de direction

Décret n° 2009-1761 du 30 décembre 2009 relatif à la formation des personnels de direction lors de leur prise de fonctions en qualité de directeur dans un établissement public de santé

Décret n° 2010-259 du 11 mars 2010 modifiant le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction (DH)

Décret n° 2010-260 du 11 mars 2010 modifiant le décret n° 2005-922 du 2 août 2005 relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels

Décret n° 2010-261 du 11 mars 2010 relatif aux procédures de sélection et de nomination aux emplois de direction

Décret n° 2010-262 du 11 mars 2010 modifiant le décret du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des D3S

Décret n° 2010-263 du 11 mars 2010 relatif aux procédures de sélection et de nomination aux emplois de direction (D3S)

Décret n° 2010-264 du 11 mars 2010 modifiant le décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements

Décret n° 2010-265 du 11 mars 2010 relatif aux modalités de sélection et d'emploi des personnes nommées en application de l'article 3 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (nomination de directeurs qui n'ont pas la qualité de fonctionnaire)

Décret n° 2010-885 du 27 juillet 2010 relatif au détachement sur un contrat de droit public des fonctionnaires dirigeant un établissement mentionné à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

##### **Article 1 : Nomination**

- Nomination et retrait d'emploi : Cf. Article L.6143-7-2 du CSP
- Intérim du directeur : Cf. article L.1432-2 du CSP

##### **Article 2 : Compétences**

- **Le directeur dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement**

À ce titre, le directeur règle les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent des compétences du conseil de surveillance (Cf. infra) et autres que celles qui impliquent une concertation avec le directoire, à savoir :

- ✓ il assure la conduite de la politique générale de l'établissement ;
- ✓ il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile ;
- ✓ il agit en justice au nom de l'établissement ;
- ✓ il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé, des



responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art ;

- ✓ il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement ;
- ✓ il peut déléguer sa signature, dans les conditions déterminées par décret ;
- ✓ il possède le pouvoir de transiger ;
- ✓ il participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

- **Le directeur dispose de compétences de gestion après concertation du directoire**

Après concertation avec le directoire, le directeur, président du directoire, décide dans le domaine de

- ✓ la stratégie d'établissement :
  - il conclut le CPOM avec le directeur général de l'ARS ;
  - il arrête l'organisation interne de l'établissement conformément au projet médical d'établissement après l'avis du président de la CME ;
  - il signe les contrats de pôle d'activité avec le chef de pôle après l'avis du président de la CME pour les pôles d'activité clinique et médicotechnique qui vérifie la cohérence du contrat avec le projet ;
  - il propose au directeur général de l'ARS ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé la constitution et la participation à une action de coopération ;
  - il soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
  - il arrête le règlement intérieur.
- ✓ la qualité : il décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- ✓ des finances :
  - il détermine le programme d'investissement après l'avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux ;
  - il fixe l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médicosociales
  - il arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance
  - il présente à l'ARS le plan de redressement
- ✓ de la gestion du patrimoine :
  - il conclut les acquisitions, les aliénations, les échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans ;
  - il conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, les conventions de location et les délégations de service public
- ✓ de la politique sociale :
  - il arrête le bilan social ;
  - il définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
  - il décide de l'organisation du travail et des temps de repos, à défaut d'un accord avec les organisations syndicales ;

- **Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination, de proposition de nomination et d'admission par contrat des professionnels libéraux**

- ✓ Il dispose d'un pouvoir de nomination en ce qui concerne :
  - les membres nommés du directoire ;
  - les chefs de pôle et leurs collaborateurs ;
  - les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles.

- ✓ Il dispose d'un pouvoir de proposition de nomination et de mise en recherche d'affectation:
  - Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire.
  - Il propose également au directeur général du CNG la nomination ou la mise en recherche d'affectation des directeurs adjoints et des directeurs des soins.
- ✓ Le directeur peut admettre par contrat des professionnels libéraux :
  - Le directeur peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral autre que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à l'établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement ;
  - Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné.

Le directeur est assisté d'une équipe de direction.

L'organisation de la direction du CHOR est présentée dans un organigramme régulièrement tenu à jour, disponible sur les sites Intranet et Internet de l'établissement.

## Section 2 : Le Conseil de surveillance

### **Textes de référence**

Art. L.6143-1 à L.6143-6 du CSP

Art. R.6143-1 à R.6143-16 du CSP

Art. L.6132-2 du CSP

Instruction n° DGOS/PF1/2010/112 du 7 avril 2010 relative à la mise en place des conseils de surveillance des établissements publics de santé

Instruction n° DGOS/PF1/2010/155 du 7 mai 2010 relative à la représentation du personnel au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé

### **Article 3 : Composition**

Le conseil de surveillance est composé de trois collèges dont le nombre de membres doit être identique. Chaque collège comprend au plus cinq personnes :

- **Le collège des « élus »** comprend les membres désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant, et le président du Conseil Départemental ou son représentant
- **Le collège des « représentants des personnels médicaux et non médicaux »** comprend un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT). Les autres membres sont désignés à parité par la CME et les organisations syndicales les plus représentatives.
- **Le collège des « personnalités qualifiées »** comprend au plus cinq personnalités qualifiées parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'ARS et trois par le préfet de département, dont deux représentants des usagers.

Le conseil de surveillance comprend quinze membres.

Seule la désignation des membres du collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux incombe à l'établissement :

- Un représentant élu parmi les membres de la CME au scrutin uninominal secret, à la majorité absolue au premier tour, puis à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité, le doyen d'âge est désigné.
- Le représentant de la CSIRMT est élu au scrutin uninominal secret, à la majorité absolue au premier tour, puis à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité, le doyen d'âge est désigné.
- La représentation du personnel non médical voit le premier siège attribué à l'organisation syndicale ayant obtenu le plus grand nombre de voix; le second est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes, déduction faite du nombre théorique de voix nécessaires à l'obtention du premier siège.

La désignation des représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements revient aux collectivités territoriales concernées, hormis les membres de droit pour lesquels aucune désignation formelle n'est requise.

Sa composition nominative est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé de l'Océan Indien, après vérification qu'il n'existe aucune incompatibilité.

Incompatibilités : nul ne peut être membre du conseil de surveillance

- à plus d'un titre
- s'il encourt une des incapacités prévues par les articles L.5 et L.6 du code électoral
- s'il est membre du directoire
- s'il a, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses descendants ou ascendants en ligne directe, un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé
- s'il est lié à l'établissement par contrat, sauf exceptions prévues par le CSP
- s'il est agent salarié de l'établissement, sauf pour les membres du collège des représentants du personnel
- s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'ARS

Le mandat des membres est de 5 ans.

Membres avec voix consultatives :

- le vice-président du directoire
- le directeur de l'agence régionale de santé ou son représentant
- le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie
- le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique

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

Le Président :

Le président du conseil de surveillance est élu parmi les membres du collège des élus et du collège des personnalités qualifiées. L'ensemble des membres du conseil de surveillance participe à l'élection du président. Le président est élu à la majorité absolue aux premier et deuxième tours, et à la majorité relative au troisième tour. En cas d'égalité lors de ce troisième tour, le doyen d'âge est désigné.

Le président est élu pour cinq ans. Son mandat prend fin avant ce terme lorsque cessent ses fonctions de membre du conseil de surveillance ou les fonctions au titre desquelles il a été désigné au conseil de surveillance.

Le président désigne, au sein des 1<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> collèges, un vice-président qui préside en son absence. .

#### **Article 4 : Compétences**

- **La compétence d'attribution : se prononcer sur la stratégie et exercer le contrôle permanent de la gestion**

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur sa gestion.

Dans le cadre du contrôle de la gestion, le conseil de surveillance communique au directeur général de l'ARS ses observations, tant sur le rapport annuel présenté par le directeur que sur la gestion de l'établissement.

À tout moment, il peut procéder à toute vérification ou contrôle qu'il juge opportun et se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

- **La compétence décisionnelle : à titre essentiel, délibérer sur le projet d'établissement ainsi que sur le compte financier et l'affectation des résultats**
- **La compétence consultative : à titre essentiel, la politique qualité de l'établissement**

Le conseil de surveillance émet un avis sur :

- ✓ la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- ✓ les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat ;
- ✓ le règlement intérieur de l'établissement ;

- **L'information du conseil de surveillance, principalement sur l'EPRD et le programme d'investissements**

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'EPRD ainsi que sur le programme d'investissements. Il est également informé avant la nomination et la révocation des membres du directoire par le président du directoire.

- **Le rôle de nomination du commissaire aux comptes**

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16 du CSP, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

#### **Article 5 : Fonctionnement**

- Réunion : Cf. articles R.6143-8 et R.6143-11 du CSP
- Suspension et renvoi des séances : Cf. article R.6143-9 du CSP
- Quorum : Cf. article R.6143-10 du CSP
- Votes : Cf. article R6143-10 du CSP
- Officialisation des débats :
  - ✓ Registre des délibérations : article R.6143-14 du CSP
  - ✓ Transmission au DG ARS : art R.6143-14 du CSP
  - ✓ Comptes rendus : article R.6143-15 du CSP
  - ✓ Moyens de fonctionnement : article R.6143-16 du CSP
  - ✓ Publicité des actes : article R6143-38 du CSP

### Section 3 : Le directoire

#### **Textes de référence**

Art. L. 6143-7-5 du CSP

Art. D. 6143-35-1 à art. D 6143-35-4 du CSP

Art. L. 6143-7 du CSP

Art. L. 6143-7-4 du CSP

Art. L. 6146-1 du CSP

Art. D. 6143-35-5 du CSP

Instruction n° DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé

#### **Article 6 : Composition**

Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement.

Il comporte sept membres :

- Membres de droits :

- o Le directeur qui préside le directoire ;
- o Le président de la commission médicale d'établissement, qui est vice-président du directoire ;
- o le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT),

- Membres nommés :

Le directeur, président du directoire, nomme les membres du directoire après information du conseil de surveillance. Les membres nommés sont au nombre de 4.

Les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales sont nommés sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement. Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas de désaccord, constaté par le directeur sur les noms portés sur la liste transmise ou du fait de l'absence ou du caractère incomplet de cette dernière, le directeur peut demander une nouvelle liste sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.

La durée du mandat des membres nommés est de quatre ans.

#### Fin de fonction de membre du directoire :

Le mandat des membres nommés prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur (président du directoire), ainsi que dans les cas où le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

Le président du directoire peut également mettre fin aux fonctions des membres nommés, après information du conseil de surveillance.

## Article 7 : Compétences

### - Le directoire conseille le directeur :

Le directoire conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il peut ainsi intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.

### - Le directoire est obligatoirement concerté :

Une concertation du directoire est organisée sur la majeure partie de la politique de gestion de l'établissement. Cette concertation permet au directeur de disposer de tous les avis nécessaires à la prise de décision et de prévenir, le plus en amont possible, d'éventuelles difficultés.

### - Le directoire prépare le projet d'établissement

### - Le directoire approuve le projet médical :

Le projet médical définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du CPOM. Le président de CME, vice-président du directoire, élabore le projet médical, avec le directeur et en conformité avec le CPOM. Puis, le directoire approuve le projet médical.

## Article 8 : Fonctionnement

Le directeur organise les travaux du directoire.

Le directoire se réunit au minimum huit fois par an sur un ordre du jour déterminé.

La concertation se déroule à l'initiative et selon des modalités définies par le président du directoire.

La mise aux voix n'est pas prévue par les textes, car contraire à l'esprit du directoire fondé sur le dialogue et la recherche de consensus.

Les fonctions de membres du directoire sont exercées à titre gratuit.

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

## Titre 2 - Les instances consultatives

### *Section 1 : La Commission Médicale d'Etablissement (CME)*

#### **Textes de référence**

Art. R. 6144-3 à R. 6144-6 du CSP

Art. L. 6144-1 du CSP

Art. R. 6144-1 à R. 6144-2-2 du CSP

Art. 2 du décret n° 2010-439 du 30 avril 2010

## Article 9 : Composition

La composition de la CME est fixée par le règlement intérieur dans le respect des règles établies dans les articles L.6144-5, R. 6144-3, R.6144-3-2 du CSP.

La composition de la CME du CHOR est fixée comme suit :

- Collège 1 : L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ;
- Collège 2 : Les représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- Collège 3 : Les représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;

- Collège 4 : Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
- Collège 5 : Un représentant élu des sages-femmes ;
- Collège 6 : Les représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

Assistent en outre avec voix consultative :

- Le président du directoire ou son représentant, qui peut se faire assister de toute personne de son choix ;
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Le praticien responsable de l'information médicale ;
- Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.

#### **Article 10 : Compétences**

Cette commission, représentative des personnels médicaux de l'établissement a pour rôle essentiel, en dehors d'une participation à la gestion des personnels médicaux, de préparer avec la direction l'évolution des activités et des organisations médicales, de formuler des avis sur les projets de délibération du Conseil de Surveillance, de contribuer à définir la politique qualité de l'établissement et d'organiser l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins de l'établissement.

- **À titre principal, la CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**
  - ✓ La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, en ce qui concerne notamment :
    - la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter la iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
    - les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
    - la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
    - la prise en charge de la douleur ;
    - le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical et pharmaceutique.
  - ✓ La CME contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, à savoir :
    - la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
    - l'évaluation de la prise en charge des patients (en particulier, en ce qui concerne les urgences et les admissions non programmées) ;
    - l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
    - le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
    - l'organisation des parcours de soins.

- **La CME est également une instance consultative qui est à la fois consultée et informée**
  - ✓ La CME est consultée sur :
    - Les projets de délibération mentionnés à l'article L6143.1 du CSP :
      - le projet d'établissement ;
      - le compte financier et l'affectation des résultats ;
      - tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements ;
      - le rapport annuel d'activité ;
      - toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
      - les statuts des fondations hospitalières.
    - les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
    - le plan de redressement mentionné à l'article L.6143.3 du CSP ;
    - l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L.6143-7 du CSP. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;
    - les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
    - la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
    - le projet médical d'établissement ;
    - la politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
    - la politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
    - la politique de formation des étudiants et internes ;
    - la politique de recrutement des emplois médicaux ;
    - le CPOM
    - les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
    - le règlement intérieur de l'établissement ;
    - les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux;
    - le plan de développement professionnel continu (en ce qui concerne les professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques);
    - les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.
  - ✓ La CME est informée sur :
    - les contrats de pôles ;
    - le bilan annuel des tableaux de service ;
    - le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
    - la programmation de travaux et les aménagements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

#### **Article 11 : Sous-commission de CME**

Des sous commissions spécialisées de la CME peuvent être créées, en vue de participer par leurs avis, à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Leur présidence est assurée par un membre du corps médical désigné par le président de la CME, après avis de cette dernière.

Le RI de la CME fixe la liste et la composition de ces sous-commissions de la CME.

#### **Article 12 : Fonctionnement**

La CME se réunit au minimum 4 fois par an, sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour. Sauf cas d'urgence, l'ordre du jour est adressé au moins 7 jours à l'avance aux membres.

Elle peut, également, être convoquée à la demande soit de ses membres, soit du président du directoire, soit du DG ARS sur l'ordre du jour qu'ils proposent.



Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur.

Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

Pour l'accomplissement de ses missions, la CME établit son règlement intérieur (**Cf. annexe 1**) dans le respect de ses compétences. Elle y définit librement son organisation interne.

En l'absence du président et du vice-président, ou jusqu'à leur élection, la CME est présidée par le plus âgé des membres.

### **Article 13 : Présidence**

La loi HPST modifiée par la loi de modernisation du système de santé, et le décret du 30 décembre 2009 ont défini les deux missions fondamentales du PCME.

- **Politique médicale** : premier vice-président du directoire, le PCME élabore, avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.
- **Qualité et sécurité des soins** : le PCME est chargé, conjointement avec le directeur, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la CME. Il assure le suivi de cette politique et peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements du CHOR en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification. Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la commission médicale d'établissement

Le PCME exerce aussi des compétences consultatives sur des questions à caractère individuel concernant les personnels médicaux (recrutement, nomination, affectation, mutation, discipline, fin de fonction, consultanat, prolongation d'activité, etc.) et sur les créations, modifications ou suppression de structures médicales (pôles, services, autres structures internes).

Il propose au directeur :

- les chefs de pôle ;
- les représentants des praticiens au directoire ;
- les nominations des chefs de service et des responsables des structures internes aux pôles, après avis du chef de pôle.

Il contresigne les contrats de pôle, attestant par sa signature de la conformité des contrats avec le projet médical de l'établissement.

### *Section 2 : La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT)*

#### **Textes de référence**

*L.6144-1 à L.6144-7 du CSP*

*Art. R. 6146-10 à R. 6146-16 du CSP*

*Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé*

### **Article 14 : composition**

La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Ils sont élus au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.

Les représentants élus constituent trois collèges (Cf. article R.6146-1 du CSP) :

- Collège des cadres de santé ;
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Collège des aides-soignants.

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

- Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Un représentant de la commission médicale d'établissement.
- Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

Le nombre de siège suppléant est égal, par collège, à celui des membres titulaires.

La CSIRMT est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques qui rend compte, chaque année, de l'activité de la CSIRMT dans un rapport adressé au directoire.

#### **Article 15 : Compétences**

- **La CSIRMT : une instance consultative qui est à la fois consultée et informée**
  - ✓ La CSIRMT est consultée sur :
    - le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
    - l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
    - la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
    - les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
    - la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
    - la politique de développement professionnel continu.
  - ✓ La CSIRMT est informée sur :
    - le règlement intérieur de l'établissement ;
    - la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 (recrutement par contrat de médecins exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux).

#### **Article 16 : Fonctionnement**

La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du directeur général de l'agence régionale de santé. L'ordre du jour est fixé par le président de la commission.

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

Elle se dote d'un règlement intérieur (**Cf. annexe 2**).

### *Section 3 : Le Comité Technique d'Établissement*

#### **Textes de référence**

Art. L. 6143-1 du CSP (modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 9-1)

Art. R. 6144-40 du CSP (modifié par le décret n° 2010-436 du 30 avril 2010 relatif au comité technique des établissements de santé)

#### **Article 17 : Composition**

Le CTE est composé de membres élus, représentant le personnel non médical.

Il comprend 10 membres titulaires et 10 membres suppléants (la composition varie selon le nombre d'agents de l'établissement).

Le mandat est de 4 ans.

#### **Article 18 : Compétences**

- **Le CTE est une instance consultative qui est à la fois consulté et informé**

✓ Le CTE est consulté sur :

- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.
- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

✓ Le CTE est informé sur :

- la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- le budget
- les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

#### **Article 19 : Fonctionnement**

Le comité établit son règlement intérieur (**cf. annexe 3**).

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre. Les réunions ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou à la demande écrite de la moitié au moins des représentants du personnel.

Le comité technique d'établissement est présidé par le directeur ou son représentant. Il ne peut se réunir valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion. Dans le cas contraire, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 8 jours.

L'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. (Article R.6144-70 du CSP)

Le secrétaire est élu parmi les représentants du personnel.

### **Titre 3 - Les instances spécialisées**

#### *Section 1 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)*

##### **Textes de référence**

Code du travail : art L.4614-3, L.4614-5, R 4615-1 et suivants ;  
circulaire DH/8D n° 311 du 8.12.1989 relative aux CHSCT dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH

#### **Article 20 : Composition**

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail comprend :

- le directeur de l'établissement ou son représentant, qui préside le CHSCT ;
- représentants des personnels non-médicaux, désignés par les organisations syndicales, en fonction des résultats obtenus aux dernières élections aux Commissions Administratives Paritaires Départementales ;
- un représentant des personnels médicaux désigné par la Commission Médicale d'Etablissement.

Participent à titre consultatif :

- le médecin du travail ;
- des directeurs adjoints ;
- le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique;
- le psychologue du travail;
- l'Inspecteur du travail et les agents du service de prévention de la CRAM doivent être informés des réunions et peuvent y assister.

#### **Article 21 : Compétences**

Les compétences du comité sont fixées par le Code du travail.

Le CHSCT :

- analyse les risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents de l'établissement et propose des initiatives et des actions pour les prévenir ;
- s'assure du respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des consignes de sécurité et d'hygiène. Il est informé de toutes les actions ayant trait à la sécurité du groupe hospitalier;
- formule des propositions et des conseils auprès de la Direction du CHOR;
- procède aux inspections et enquêtes nécessaires à l'exercice de ses missions et effectue des enquêtes en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- peut exercer le droit d'alerte en cas de danger grave et imminent.

## **Article 22 : Fonctionnement**

Les réunions du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ont lieu au moins quatre fois par an, sur convocation du Président.

Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu en cas d'accident ou à la demande d'au moins deux membres représentants du personnel.

Le secrétaire est élu parmi les représentants du personnel. Il établit, conjointement avec le Président, l'ordre du jour de chaque réunion et rédige les procès-verbaux.

Il se dote d'un règlement intérieur (**Cf. annexe 4**).

## *Section 2 : Les Commissions Administratives Paritaires (CAPL)*

### **Textes de référence**

*Loi-83-634 du 13 juillet 1983 – article 9 et 9-bis – portant droits et obligations des fonctionnaires*

*Loi 86-33 du 9 janvier 1986 – articles 17 à 22 – portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière*

*Arrêté du 14 août 1992 relatif aux procès-verbaux des séances des commissions administratives paritaires départementales et locales des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires, autres que celles compétentes pour l'Assistance publique, hôpitaux de Paris*

*Décret 2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière*

*Décret 2003-761 du 1er août 2003 relatif aux commissions administratives paritaires de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris*

*Décret 2007-1191 du 3 août 2007 relatif à l'avancement de grade dans certains corps de la fonction publique hospitalière.*

*Décret 2011-582 du 26 mai 2011 modifiant le décret 2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière*

*Décret 2014-818 du 18 juillet 2014 modifiant le décret 91-790 du 14 août 1991 relatif aux commissions administratives paritaires nationales de la fonction publique hospitalière*

*Décret 2014-819 du 18 juillet 2014 modifiant le décret 2003-655 du 18 juillet 2003 modifié relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière*

*Décret 2014-820 du 18 juillet 2014 modifiant le décret 2003-761 du 1er août 2003 relatif aux commissions administratives paritaires de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris*

### **Article 23 : Composition**

Les commissions administratives paritaires locales sont instituées par l'assemblée délibérante de l'établissement.

Les commissions comprennent en nombre égal :

- des représentants de l'administration désignés par le conseil de surveillance
- des représentants élus par le personnel

Chaque commission est constituée d'un groupe unique, ce dernier étant lui-même constitué de sous-groupes rassemblant les corps, grades et emplois hiérarchiquement équivalents.

### **Article 24 : Compétences**

Les commissions sont compétentes sur toutes les questions concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation des fonctionnaires.

Les commissions peuvent également être appelées à siéger en formation disciplinaire.

### **Article 25 : Fonctionnement**

Les commissions se réunissent au moins deux fois par an, sur convocation de leur Président (le président du conseil de surveillance ou son représentant).

Un membre de la commission ne peut se prononcer sur le cas d'un agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur son propre cas. Les séances ne sont pas publiques.

Le fonctionnement de cette commission fait l'objet d'un règlement intérieur.

Le règlement intérieur de cette commission est en cours d'élaboration, il sera annexé au présent document dès finalisation (**Cf. annexe 5**)

### *Section 3 : La Commission des Usagers (CDU)*

#### **Textes de référence**

*Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité de la prise en charge.*

*Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.*

*Décret du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.*

*Décret du 1<sup>er</sup> juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements publics de santé*

*Articles L.1112-3 et R.1112-79 à R.1112-94 du CSP*

### **Article 26 : Composition**

Elle est composée :

- du représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet;
- de deux médiateurs (un médiateur médical et un non-médical) :
  - o le médiateur médical et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement, après avis de la CME ;
  - o le médiateur non médical et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement;
- de deux représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le directeur de l'agence régionale de santé de l'Océan Indien ;
- du Président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
- un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique et son suppléant désignés par le directeur du service de soins infirmiers ;
- Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par et parmi les membres du CTE ;

- Un représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

La commission des usagers élit son président et son vice-président, pour une durée de 3 ans, parmi les membres suivants :

- le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- le médiateur médical ou non médical ;
- un représentant des usagers.

### **Article 27 : Compétences**

La CDU veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par l'établissement. La commission examine celles qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

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

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la CME, ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;
- Une présentation, effectuée au moins une fois par an en garantissant l'anonymat des patients et des professionnels concernés, des événements indésirables graves survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

A partir notamment de ces informations, la commission :

- Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;
- Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;
- Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport. Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, le rapport est transmis au conseil de surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés à l'agence régionale de santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis par la commission des usagers. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement.

#### **Article 28 : Fonctionnement**

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel est fixée à trois ans renouvelables.

Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions aux titres desquels les intéressés ont été désignés.

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

L'ordre du jour, qui comporte notamment les questions dont l'inscription a été demandée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative, est arrêté par le président et communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.

### **Titre 4 - Organisation et attribution des pôles d'activité**

#### ***Section 1 : L'organisation polaire***

#### **Article 29 : Dispositions générales**

Les pôles d'activité clinique et médico-techniques sont définis, par le directeur, après concertation avec le directoire et avis du président de la CME. Cette organisation doit être conforme au projet médical d'établissement.

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

#### **Article 30 : Organisation des pôles d'activité**

Le CHOR est organisé en 5 pôles :

- Pôle MANAGEMENT
- Pôle CHIRURGIE-URGENCES-BLOC-ANESTHESIE
- Pôle FEMME MERE ENFANT
- Pôle MEDECINE ET EHPAD
- Pôle MEDICOTECHNIQUE



## **Article 31 : Le Chef de pôle**

### **Nomination**

Les chefs de pôle d'activités cliniques ou médico-techniques sont nommés par le directeur, sur proposition du président de la CME.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 et aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 6152-1.

Le directeur nomme les autres chefs de pôles d'activité, sans que cette nomination ne requière d'avis.

Les chefs de pôles sont nommés pour une durée de 4 ans, renouvelable par la même procédure.

A tout moment, il peut être mis fin à la fonction de chef de pôle, dans l'intérêt du service, par décision du directeur après avis du président de la CME pour les chefs de pôles d'activités cliniques ou médico-techniques.

### **Missions et fonctions**

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

Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et des responsabilités des structures prévues par le projet de pôle.

Au sein de son pôle, le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec toutes les catégories de personnel.

Le chef de pôle exerce un rôle, dont les modalités précises sont indiquées dans le contrat de pôle, dans les domaines suivants :

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

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

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement.

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

Le chef de pôle n'est pas obligatoirement membre du directoire.

### **Article 32 : Le cadre paramédical de pôle**

Le praticien responsable de pôle est assisté par un cadre de santé (ou le cas échéant une sage-femme cadre).

Le cadre paramédical de pôle est nommé par le directeur de l'hôpital sur avis du coordonnateur général des soins et du praticien responsable de pôle.

Le cadre paramédical de pôle participe à l'élaboration du projet de soins de l'hôpital coordonnée par la direction des soins. Il le décline et le met en œuvre au sein du pôle.

Il est garant de l'organisation de la continuité et de la sécurité des soins au sein du pôle.

Il assure le management de l'encadrement paramédical du pôle et est garant de la mise en œuvre de la politique des ressources humaines.

### **Article 33 : L'assistant de gestion de pôle**

L'assistant de gestion de pôle, est nommé par le directeur de l'hôpital après avis du praticien responsable de pôle.

L'assistant de gestion de pôle assure la fonction de pilotage médico-économique et de suivi.

Il participe avec les directions fonctionnelles concernées à l'élaboration du projet d'EPRD de l'hôpital.

Il prépare avec le CPP et le PRP le budget du pôle et est garant de sa bonne exécution.

Il analyse et traite les données médico-économiques issues du système d'information.

Il assure pour son suivi l'interface avec les directions fonctionnelles concernées.

### **Article 34 : Structure interne aux pôles**

Les pôles d'activité, à l'exception du pôle management, comportent des **structures internes** (services, unités fonctionnelles) de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées.

Elles sont créées sur décision du Directeur après consultation du Directoire. Les services sont placés sous la responsabilité d'un **chef de service** nommé, pour une période de quatre ans renouvelable, par le directeur sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle.

### **Article 35 : Contrat de pôle**

Le directeur signe le contrat de pôle avec le chef de pôle après concertation avec le directoire. L'avis du président de la CME est requis pour les pôles d'activités cliniques ou médico-techniques.

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

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

**Article 36 : Le projet de pôle**

Il revient au chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique d'élaborer un projet de pôle.

Ce projet définit :

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

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

Le projet de pôle détermine donc l'activité médicale du pôle, les objectifs de niveau d'activité pour chaque structure interne ou pour les professionnels, les ressources nécessaires à venir, les évolutions. Lorsqu'il est nommé, le chef de pôle dispose d'un délai de trois mois pour élaborer le projet du pôle dont il a la responsabilité. Le projet de pôle doit être élaboré de manière participative avec les responsables des structures internes et les cadres du pôle.

**Article 37 : Délégation de gestion et intéressement**

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

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

De la même manière, une politique d'intéressement des pôles peut également être mise en place.

Les principes et modalités de mise en œuvre de ces dispositifs sont précisés dans les contrats de pôle.

**Article 38 : Principes du fonctionnement des pôles et des relations entre les chefs de pôles et les chefs de service**

La répartition des rôles, missions et les articulations entre le président de la CME, les chefs de pôle et les chefs de service, sont précisées dans le projet management disponible sous l'outil institutionnel de gestion documentaire.

## CHAPITRE II - L'ORGANISATION des SOINS

### Section 1 : L'organisation médicale

#### **Article 39 : Le respect du code de déontologie**

Les personnels médicaux sont assujettis à leur Code de déontologie qui leur garantit l'indépendance professionnelle, dans le respect des règles propres à chaque exercice.

#### **Article 40 : Statuts**

Les praticiens hospitaliers à plein temps ou temps partiel sont des agents publics et disposent de règles professionnelles en matière de recrutement, avancement et gestion de corps fixées par les articles R. 6152-1 à R. 6152-327 du code de la santé publique (CSP).

Les autres statuts de médecins et de pharmaciens (contractuels, assistants et praticiens attachés) sont régis par les dispositions des articles R. 6152-401 à R. 6152-711 du même code.

Les internes et étudiants en médecine et pharmacie sont régis par les dispositions des articles R. 6153-1 à R. 6153-92 du même code.

#### **Article 41 : Fonction des médecins hospitaliers**

Les praticiens hospitaliers assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par le CHOR et participent aux missions définies aux articles L. 6112-1 et L. 6112-2, dans les conditions fixées à l'article L. 6112-3 du CSP.

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

Les pharmaciens régis par le présent statut exercent soit les fonctions définies par l'article L. 5126-5, soit des fonctions liées à la spécialité dans laquelle ils ont été inscrits sur la liste d'aptitude nationale mentionnée à l'article R. 6152-301.

#### **Article 42 : Fonction des internes**

Les internes sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui, à l'hôpital, consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et à leur formation.

Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service.

Les internes participent à la permanence des soins en dehors du service normal de jour.

#### **Article 43 : Fonction des étudiants hospitaliers**

Les étudiants en médecine et en pharmacie participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens et sous la surveillance des internes.

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

#### **Article 44 : Continuité des soins, permanence des soins et permanence pharmaceutique**

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux et la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence.

La permanence des soins en établissement de santé **se définit comme l'accueil et la prise en charge de patients nécessitant des soins non programmés** au-delà de la période de « jour » (la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés).

La permanence des soins, qui concerne "les nouveaux patients", est à distinguer de la continuité des soins pour les patients déjà hospitalisés.

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical :

- assurent le service quotidien de jour, du matin et de l'après-midi, du lundi au samedi matin inclus : visite médicale quotidienne, examens et soins des malades hospitalisés, soins et consultations des malades externes, préparation et dispensation des médicaments et autres produits relevant des pharmaciens, etc.
- participent au service des samedis après-midi, dimanches et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus par ailleurs de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors des horaires du tableau de service.

L'organisation générale de la permanence des soins et pharmaceutique est arrêtée par le Directeur après avis de la Commission Médicale d'Établissement sur proposition de la Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins. Elle précise notamment :

- La durée respective sur 24 heures des périodes de « jour » et de permanence des soins
- La liste des permanences sur place et des astreintes à domicile mise en place dans l'établissement durant les périodes de permanence des soins
- Les modalités de diffusion des tableaux mensuels nominatifs et d'appels des praticiens et internes assurant ces permanences

#### **Article 45 : tableau de service**

Dans chaque service de soins, un tableau de service qui décompte le temps de travail en demi-journées ou par dérogation en heures dans les structures à temps médical continu défini nominativement :

- les présences des praticiens dans le service du lundi au samedi matin
- Les astreintes et les gardes de nuit, samedi après-midi, dimanche et jours fériés
- les activités hors clinique (congrès, colloques, formation, expertise etc.)
- les congés et absences de toute nature

Les modalités d'élaboration, de validation et de diffusion du tableau de service sont les suivantes :

- Le tableau de service prévisionnel permettant d'assurer le bon fonctionnement du service et continuité des soins est arrêté avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant, par le Directeur, sur proposition du responsable de service
- Il est affiché dans les services ou les structures concernés
- Le tableau de service effectif, retraçant les temps de présence effectivement réalisés par les praticiens sur la période considérée, doit être transmis signé par le responsable de service au plus tard le 5 de chaque mois pour le mois écoulé

Ces différentes modalités s'appliquent également aux internes

#### **Article 46 : Activité libérale**

L'activité libérale des praticiens hospitaliers est régie par les dispositions des articles L6154-1 à L6154-7 du CSP.

### *Section 2 : L'organisation paramédicale*

Les valeurs qui sous-tendent le projet de soins ont été élaborées avec les acteurs de soins et, conformément à la charte du patient, et dans le respect des droits et de la dignité des personnes accueillies au sein de l'établissement

#### **Article 47 : La coordination des soins dispensés aux malades**

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

La coordination des personnels qui participent à la mise en œuvre des soins est assurée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

#### **Article 48 : Organisation interne des services de soins**

Le service de soins accueille les personnes soignées en hospitalisation ou en consultation.

Dans chaque service de soins, un cadre de santé assure la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins.

Les personnels soignants (infirmiers, puériculteurs, etc.) accomplissent, chacun dans le cadre légal et réglementaire régissant leurs champs de compétence respectifs, les soins relationnels, techniques et/ou les examens et/ou les explorations ainsi que tous les soins nécessaires au confort du malade. Ils sont assistés, dans cette tâche, par des personnels auxiliaires qualifiés (aide-soignant, aide medico-psychologique, etc.) qui participent aux soins d'hygiène et de confort de la personne soignée, les Agents des services hospitaliers accomplissent les tâches d'entretien et d'hygiène des locaux.

#### *Section 3 : Qualité et sécurité des soins*

#### **Article 49 : Dispositifs de vigilance**

Le directeur nomme dans l'établissement des correspondants pour la gestion des vigilances sanitaires réglementaires :

- la pharmaco vigilance ;
- la pharmacodépendance ;
- la matériovigilance ;
- la réactovigilance ;
- La toxicovigilance ;
- L'identitovigilance.

Il s'assure du traitement 24h /24 des messages rapides d'alertes sanitaires (MARS).

#### *Section 4 : La prévention du risque infectieux*

#### **Article 50 : L'équipe opérationnelle en hygiène**

Une équipe opérationnelle en hygiène, constituée d'un praticien en hygiène et d'un infirmier hygiéniste, est en place notamment afin de réduire les risques d'infections nosocomiales. Elle valide annuellement avec la commission de soins, la CME, le CHSCT et la CDU le bilan d'activité de l'année n-1 et le programme d'action de l'année n. Elle met en place des actions de prévention, de formation et de surveillance.

#### *Section 5 : Garde de direction*

Le principe de continuité imposé aux établissements publics sanitaires ne se limite pas à la permanence des soins. En effet, la complexité et l'activité constante d'un hôpital nécessitent la présence continue de la direction. C'est pourquoi chaque établissement public sanitaire est tenu d'organiser une garde de direction.

**Article 51 : Organisation**

Une garde administrative est organisée pour veiller à la bonne marche du service public hospitalier et parer à tout évènement qui pourrait entraver le fonctionnement normal, selon un calendrier établi par le directeur.

Le directeur de garde, représentant légal du directeur général, joignable téléphoniquement 24h sur 24 assure la continuité de la fonction de direction.

Il lui appartient d'avertir le directeur des évènements qui en raison de leur nature ou de leur gravité, sont susceptibles notamment d'engager la responsabilité ou de dégrader l'image de l'établissement.

## CHAPITRE III : LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

### Titre 1 : L'admission du patient

#### *Section 1 : Dispositions générales relatives aux admissions en hospitalisation*

##### *Sous-section 1 : Modes d'admission*

#### **Article 52 : Décision d'admission**

L'admission à l'hôpital est prononcée par le directeur du CHOR sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement. Hors les cas d'urgence, l'admission est décidée sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité d'une hospitalisation au CHOR.

#### **Article 53 : Admission en urgence**

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le directeur du CHOR prononce 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.

Tout patient ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément et de manière éclairée ce refus; à défaut, un procès-verbal de refus d'hospitalisation est dressé sur le dossier du patient par le médecin.

#### **Article 54 : Admission discrète - secret d'hospitalisation**

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale et des militaires, sous réserve toutefois des dispositions prévues à l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, les patients hospitalisés au CHOR peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière, à des tiers, sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé. Dans cette hypothèse, le dossier d'admission de ces patients est normalement constituée, mais une mention relative à la demande de secret est portée sur leur dossier et transmise, pour information et application, à l'ensemble des services du CHOR éventuellement concernés (accueil, standard, unité de soins, etc.).

Cette mesure n'est pas à confondre avec l'anonymat.

Même si toutes mesures utiles sont prises pour que la famille ou les proches du patient reçoivent les informations nécessaires au bon déroulement de la prise en charge et du séjour hospitalier, le patient, y compris un mineur se déclarant opposé à la communication d'information relevant de sa prise en charge aux personnes ayant l'autorité parentale sur lui ou à son représentant légal et confirmant cette opposition, peut demander le bénéfice de l'opposition du secret médical à ces personnes.

#### **Article 55 : Anonymat**

Les demandes d'anonymat sont expressément prévus par le Code de la Santé Publique (accouchement sous X, don d'organe, cure volontaire de désintoxication). Il est également possible au patient de demander à ce que leur séjour relève de la plus stricte confidentialité (article 54 : admission discrète – secret d'hospitalisation)



### **Article 56 : Admission programmée**

L'admission d'une personne malade peut être programmée. Dans cette hypothèse, une convocation d'admission est remise à l'intéressée par l'un des praticiens de l'unité dans lequel elle sera prise en charge.

Afin d'organiser la pré-admission, la personne malade est invitée à se rendre au niveau du secteur d'admission du CHOR dans lequel elle sera hospitalisée de façon à accomplir toutes les formalités nécessaires à l'ouverture du dossier administratif.

### **Article 57 : Transfert après premier secours**

Lorsqu'un médecin du CHOR 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 places, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur prend toutes les mesures nécessaires pour que ce malade ou ce blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis, après avoir éventuellement reçu les traitements d'urgence que son état de santé justifie.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du CHOR ayant en charge le patient concerné et le médecin de cet établissement. Elle est effectuée sur la base d'un certificat médical attestant de la nécessité du transfert dudit patient dans cet établissement.

Sauf cas d'urgence, le malade, ou son représentant, est préalablement informé de la décision de transfert dans un autre établissement de santé et son consentement est recueilli. La personne à prévenir qu'il aura désignée est alors informée du transfert.

### *Sous-section 2 : Formalités administratives d'admission*

#### **Article 58 : Pièces à fournir lors de l'admission**

Quel que soit le mode d'admission du malade, sous réserve des dispositions dérogatoires liées à l'urgence ou à la demande d'anonymat prévues par la réglementation en vigueur, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

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

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

- sa carte d'assuré social (carte Vitale ou dernière carte d'immatriculation), permettant de présumer l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance-maladie),
- une pièce d'identité (carte nationale d'identité, permis de conduire, carte de séjour, passeport, justificatif de domicile),
- la « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle » remise par l'employeur ou par la caisse d'assurance-maladie si la prise en charge est liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle,
- en cas d'admission en maternité, l'attestation « Information future maman »

- le carnet ou livret de circulation à défaut de document justifiant d'une couverture sociale pour les gens du voyage.
- la dernière attestation de versement d'allocation chômage pour les demandeurs d'emploi indemnisés par Pôle emploi.
- le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers-payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur.

Si le malade ne peut présenter sa carte d'assuré social ou justifier de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée le cas échéant à l'organisme d'assurance-maladie dont il relève.

Si le malade n'est pas assuré social, et sauf admission au bénéfice de l'aide médicale, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation.

Lorsque le patient est affilié auprès d'un organisme mutualiste conventionné avec l'établissement ou lorsque l'attestation de prise en charge intégrale des soins par cet organisme est présentée quinze jours au plus après ces derniers, le montant à la charge de l'organisme mutualiste est facturé directement à ce dernier.

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

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire disposent du droit de la dispense totale d'avance des frais, si leur dossier est à jour auprès de leur organisme de sécurité sociale.

A leur sortie, les patients ont la possibilité d'acquitter auprès d'un régisseur de recettes ou auprès de la Trésorerie Principale, le montant des frais correspondant au séjour hospitalier ou aux actes externes effectués et cotés. Le recouvrement des frais de soins peut être également effectué au vu de la note de frais ou du titre de recettes, ou à l'issue des procédures de recouvrement menées par la Trésorerie Principale de l'établissement.

## *Section 2 : Dispositions particulières à certains patients*

### *Sous-section1 : femmes enceintes*

#### **Article 59 : Femmes enceintes – Anonymat**

S'il existe des lits vacants dans le service de gynécologie-obstétrique du CHOR, le directeur ne peut ni refuser l'admission d'une femme enceinte dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement. En l'absence de lits disponibles au sein de l'établissement, le directeur organise cette admission dans un autre établissement de santé relevant du service public hospitalier et disposant d'un service de maternité ou dans une maison départementale maternelle.

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, dans les conditions prévues par les articles 57 et 326 du code civil et 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 au moment de l'admission au CHOR

Dans ce cas, le directeur informe le directeur de l'agence régionale de santé de cette admission. Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département de la Réunion; cette prise en charge n'est toutefois pas de droit

lorsque le nom du père ou de la mère de l'enfant figure dans l'acte de naissance établi conformément aux dispositions du code civil.

Conformément à la loi 2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat, toute demande d'information formulée par une personne cherchant à connaître l'identité de ses parents biologiques devra être adressée au Conservatoire National d'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) auquel le CHOR apportera son concours. Les demandes d'information formulées directement auprès du CHOR feront l'objet d'une transmission au CNAOP. Aucune réponse n'y sera apportée sans avis préalable de cet organisme.

### *Sous-section 2 : cas particuliers des IVG*

#### **Article 60 : femmes demandant une IVG**

Le CHOR est réglementairement autorisé à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse (IVG) selon les conditions fixées par le code de la santé publique. Cette activité est réalisée en tenant compte du droit pour tout professionnel hospitalier concerné à faire valoir sa clause de conscience. Elle est actuellement pratiquée dans le cadre d'une convention par des médecins de ville.

#### **Article 61 : Cas particulier des IVG des patientes mineures**

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

### *Sous-section 3 : Cas particuliers*

#### **Article 62 : Cas particulier militaires et victimes de guerre**

Les militaires, y compris les mineurs non émancipés, sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par l'instruction générale n° 200 du 28 janvier 1983. Si le directeur du CHOR est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission au délégué militaire départemental ou, à défaut, à la gendarmerie. Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, toutes mesures doivent être prises pour qu'il soit évacué sur l'hôpital du service de santé des armées le plus proche.

Les frais d'hospitalisation sont, dans cette hypothèse, pris en charge par la caisse nationale militaire de la Sécurité sociale.

Les bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de remettre à l'administration du CHOR, pendant toute la durée de leur séjour, leur carnet de soins gratuits. Les frais d'hospitalisation consécutifs à leur admission à l'hôpital sont intégralement pris en charge par le ministère chargé des anciens combattants si les soins sont en rapport avec le motif de la réforme ou par la Sécurité sociale dans les autres hypothèses.

#### **Article 63 : Cas particulier des personnes détenues**

Les personnes détenues sont hospitalisées en régime commun. Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de l'administration pénitentiaire; elles s'exercent sous la responsabilité de l'autorité de justice.

Les personnes détenues ont droit au secret médical ainsi qu'au secret de la consultation, conformément aux articles D. 391, et D. 393 à D. 400-1 du code pénal, et au troisième et quatrième alinéa de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. En outre, une prise en charge sanitaire adaptée à leurs besoins doit être assurée aux femmes détenues.

La réalisation des actes de soins qui seraient pénalisés par les entraves des détenus doit pouvoir être effectuée sans entraves.

Tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues.

#### **Article 64 : Cas particulier des majeurs légalement protégés**

Lorsque les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, il est pourvu aux intérêts de la personne par l'un des régimes de protection suivants : les mesures de sauvegarde de justice, les mesures de curatelle ou les mesures de tutelle. Les mêmes régimes de protection sont applicables à l'altération des facultés corporelles, si elle empêche l'expression de la volonté. L'altération des facultés mentales ou corporelles doit être médicalement établie.

Ces régimes ont pour objet de pourvoir à la protection de la personne et des biens du majeur protégé dans les domaines sociaux, patrimoniaux et personnels.

Le majeur frappé d'incapacité subit une atteinte totale ou partielle de l'autonomie de sa volonté.

Lorsque le majeur est placé sous la sauvegarde de justice, son seul consentement suffit, en principe, pour toute admission ou intervention chirurgicale le concernant au CHOR. Toutefois, dans tous les cas où un patient présente des troubles cognitifs sérieux susceptibles de rendre contestable l'exercice de sa volonté, le médecin prend conseil auprès de sa famille ou de ses proches avant tout traitement lourd ou intervention chirurgicale.

Lorsque le majeur est placé sous curatelle, l'étendue de la curatelle variant suivant la personne, il convient, sauf extrême urgence, de solliciter l'avis du mandataire judiciaire à la personne concerné avant d'effectuer tout acte de soins grave.

Lorsque le majeur est placé sous tutelle, en cas d'admission ou d'intervention chirurgicale au CHOR, il peut être nécessaire de saisir pour avis le juge des tutelles ou le conseil de famille par l'intermédiaire du mandataire judiciaire de la personne concernée.

Les biens des incapables majeurs hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues par les articles 489 et suivants du Code Civil.

#### **Article 65 : Cas particulier des étrangers**

Les patients étrangers sont admis au CHOR dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

Néanmoins, l'établissement peut demander une provision préalablement à l'admission d'un patient étranger, en l'absence de prise en charge certaine de ses frais d'hospitalisation ou de soins externes. En cas d'urgence, les soins sont délivrés par le CHOR dans le respect des règles mentionnées à l'article 53 du présent règlement intérieur et du code de déontologie médicale.

Les assurés sociaux étrangers ressortissants d'un Etat membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français, sur présentation de la Carte Européenne en cours de validité.

#### **Article 66 : Cas particulier des patients toxicomanes**

Les toxicomanes qui se présentent spontanément au CHOR afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission, conformément l'article R. 1112-38 du code de la santé publique. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

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

#### **Article 67 : Cas particulier des personnes démunies**

Conformément aux dispositions de la loi N°98-657 du 29 Juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions le CHOR garantit l'accès aux soins des personnes les plus démunies dans les conditions prévues par le Programme Régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Par ailleurs et en application de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle et dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins, le CHOR facilite l'accès aux soins des personnes les plus démunies, contribue à leur soutien psychologique et favorise la régularisation de leur situation administrative. Dans ce cadre, le CHOR a mis en place une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S).

#### *Sous-section 4 : cas particulier des mineurs et des majeurs protégés*

#### **Article 68 : Cas particulier des mineurs**

Lorsqu'un mineur est confié au CHOR pour des examens médicaux ou des soins, l'établissement est investi du droit de garde de ce mineur et doit donc répondre d'un devoir général de surveillance adapté à son état de santé. Il doit, particulièrement, assurer la prise en charge des besoins de cet enfant, notamment sur le plan psychologique, et initier la mise en place des mesures de protection appropriée lorsque celles-ci s'imposent.

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande de la personne exerçant l'autorité parentale, du tuteur légal, de l'autorité judiciaire ou de l'aide sociale à l'enfance. 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 tuteur, du directeur de l'établissement dans lequel l'enfant a été placé ou de la personne qui en a la garde.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant 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 celle-ci ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service de l'aide sociale à l'enfance.

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente en secteur de consultation au CHOR, il est pris en charge à la condition exclusive qu'il s'agisse d'une urgence médicale ou d'un patient

régulièrement suivi par le service dans lequel il se trouve ou que le rendez-vous ait préalablement été pris par un représentant légal.

Les mineurs de moins de 16 ans ne peuvent en principe être admis dans les services de soins d'adultes dès lors qu'il existe au CHOR un service pédiatrique susceptible de les accueillir. Des dérogations peuvent toutefois être exceptionnellement accordées par le directeur après avis des médecins responsables des services de soins concernés.

Le dossier d'admission d'un patient mineur doit systématiquement comporter l'indication de la (des) personne(s) exerçant l'autorité parentale ou la représentation légale. Dans tous les cas, ces personnes doivent être informées de l'admission dans les meilleurs délais, sauf opposition expresse du mineur exprimée conformément aux dispositions de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique.

Le CHOR organise, selon les possibilités propres à chaque secteur d'hospitalisation susceptible de prendre en charge des mineurs, les modalités permettant aux parents d'accompagner au mieux le séjour de leur enfant à l'hôpital.

En particulier, il favorise leur présence continue auprès du jeune patient. Cette disposition est toutefois limitée par le fait que les parents ainsi concernés ne doivent pas contrarier la dispensation des soins à l'enfant, ne pas l'exposer à des risques particuliers, notamment contagieux, et ne pas gêner le repos des autres enfants pris en charge au même moment dans le service.

Dans tous les cas, les parents sont tenus très régulièrement informés de la situation de leur enfant et ont la possibilité de prendre de ses nouvelles auprès des professionnels hospitaliers ou de s'entretenir avec lui par téléphone à tout moment.

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 des deux personnes titulaires de l'autorité parentale 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 deux personnes titulaires de l'autorité parentale sont en mesure de donner une autorisation écrite dans de brefs délais, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement des représentants légaux du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence et sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise par le refus des représentants légaux du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de ceux-ci, le directeur ou son représentant (cadre de garde) peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

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

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

### *Section 3 : Effets personnels*

#### *Sous-section 1 : Biens et valeurs*

##### **Article 69 : Dépôts et restitution de biens et valeurs**

Lors de son admission, la personne hospitalisée est invitée à effectuer auprès du personnel soignant du service du CHOR le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur des personnes hospitalisées sont remis, après inventaire contradictoire effectué dans le service de soins par un professionnel soignant et signé par le patient ou son accompagnant, à un régisseur de dépôt du site hospitalier sur lequel elles sont hospitalisées.

En cas de décès ou si le patient n'a pas récupéré ses valeurs à la fin du séjour, ces dépôts sont transmis au comptable de l'établissement.

Si le malade ou blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont ce malade ou ce blessé est porteur est aussitôt dressé et signé par deux personnes du service de soins dans lequel il se trouve et le cas échéant, son accompagnant. Le dépôt des sommes d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur que l'intéressé détenait est alors effectué par le personnel hospitalier.

La demande de dépôt d'objets non précieux est de principe non acceptée par l'établissement.

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade soit par le régisseur de l'établissement, soit par la trésorerie principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité ou par un mandataire muni du reçu ainsi que d'une procuration sous seing privé et d'une pièce d'identité. En cas de décès, le dépôt ne peut être restitué que par l'agent comptable de l'établissement.

Par exception aux dispositions précédentes, les biens et valeurs appartenant aux personnes décédées dont les corps sont reçus au dépositaire du CHOR pour des raisons médico- légales sont remis au régisseur du tribunal de grande instance de Saint-Denis.

##### **Article 70 : Responsabilité du CHOR à l'égard des dépôts**

Le CHOR ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'un personnel dont il répond.

La responsabilité du CHOR n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration d'un objet appartenant au patient résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins ou pour des raisons d'hygiène.

#### *Sous-section 2 : Armes blanches, armes à feu, cannabis ou autres drogues*

##### **Article 71 : Dépôt d'objets dangereux**

Les armes à feu font l'objet d'un dépôt auprès de l'administration qui les remet ensuite au force de l'ordre. Un procès-verbal est dressé à cet effet.

Les armes blanches font l'objet d'un dépôt auprès de l'administration, le patient pourra ensuite les récupérer lors de sa sortie, après accord de son médecin référent et s'il ne s'agit pas d'armes dont le port est réglementé.

**Article 72 : Dépôt de cannabis ou autres drogues, substances inconnues et autres produits stupéfiants**

Lors de la découverte ou de la remise volontaire de substances inconnues ou de produits stupéfiants, le patient est informé du fait que ces produits sont remis dans les plus brefs délais, sans mention de leur provenance, par le Directeur aux autorités compétentes.

Un inventaire des produits est dressé et signé par le Directeur ou tout agent désigné par lui à cet effet. Ces produits ne doivent en aucun cas être stockés dans les pharmacies à usage intérieur.

*Section 4 : Cas particulier des personnes âgées admises à l'EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).*

**Article 73 : La prise en charge au sein de l'EHPAD**

Cette structure est un lieu de vie. L'établissement s'efforce d'assurer à chaque résident ou usager :

- Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes sauf dispositions législatives ou acte judiciaire ou administratif contraires ;
- Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité adapté à ses besoins et attentes en tenant compte de son consentement éclairé lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal sera recherché ;
- La confidentialité des informations le concernant ;
- L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
- La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne.

**Article 74 : L'admission des résidents**

(Article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles)

L'admission est subordonnée à la constitution d'un dossier administratif et d'un dossier médical. Un contrat de séjour doit être signé par le résident ou le tiers garant dès son admission en EHPAD. La visite de l'établissement est effectuée par le futur résident avec sa famille, dans la mesure du possible, lui permettant de prendre connaissance des lieux et des règles de vie.

**Article 75 : Livret d'accueil et règlement de fonctionnement**

Un livret d'accueil est remis à l'admission au résident ou à son tiers garant. Il comprend toutes les informations susceptibles d'intéresser le séjour du résident.

En outre, un règlement de fonctionnement est établi par l'établissement et remis à chaque résident ou à son tiers garant, exposant :

- Les garanties des droits des usagers
- Le fonctionnement de l'établissement
- Les règles de vie collective



## Titre 2 : Relations avec les usagers et qualité de la prise en charge

### **Article 76 : Accueil du patient**

Le personnel est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il leur donne, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

### **Article 77 : Information générale du patient par le livret d'accueil**

Il est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein de l'hôpital un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du CHOR. La charte de la personne hospitalisée est incluse dans le livret d'accueil, et affichée dans tous les services. Le texte intégral est disponible au sein de chaque pôle, à la demande du patient.

Le livret d'accueil fait également mention de la commission des usagers, de son fonctionnement et des interlocuteurs auxquels les plaignants peuvent s'adresser.

Les noms et coordonnées des représentants des usagers, membres de la commission des usagers sont également tenus à leur disposition à l'accueil de l'hôpital.

### **Article 78 : Questionnaire de satisfaction**

Toute personne hospitalisée reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations sur le déroulement de son séjour au CHOR. Ce questionnaire rempli est remis sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire.

Par ailleurs, dans le cadre d'enquêtes de satisfaction, le CHOR peut solliciter l'avis de patients après leur séjour dans ses services. Cette sollicitation est faite par téléphone ou par tout autre moyen approprié, dans le respect des obligations de discrétion et de consentement liées au séjour et à l'état de santé des usagers.

### **Article 79 : Démarche d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins**

Ainsi que les articles L. 6113-1 et L. 6113-2 du code de la santé publique en disposent, le CHOR a mis en place une démarche visant l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins au sein de ses services; cette politique fait l'objet d'une présentation régulière des objectifs poursuivis et des résultats obtenus à la Commission des Usagers.

Par ailleurs, le CHOR répond à l'obligation qui est faite à tout établissement de santé de s'engager dans des démarches de certification, d'évaluation externe et d'évaluation des pratiques professionnelles, selon les procédures fixées par la Haute Autorité de Santé (HAS) et par l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM).

Le CHOR dispose d'un système de signalement interne des événements indésirables.

## *Section 1 : Gestion des réclamations formulées par les patients ou leurs familles ou tout autre tiers*

### **Article 80 : Expression de la plainte d'un usager auprès de tout professionnel du CHOR**

Tout professionnel du CHOR confronté à un usager exprimant un mécontentement doit en première intention proposer un entretien avec le cadre de santé, le chef de service ou le responsable du service concerné.

Si l'utilisateur accepte, le professionnel prend contact avec le secrétariat de ce service afin de s'enquérir des modalités de prise de rendez-vous.

Si l'utilisateur refuse, le professionnel doit lui proposer d'adresser un courrier à l'attention du Directeur du CHOR

Dans l'éventualité où l'utilisateur n'est pas à même de rédiger lui-même ce courrier, le professionnel doit consigner par écrit les griefs évoqués, en faire une copie pour l'utilisateur et adresser ce courrier au représentant légal du CHOR (le directeur).

#### **Article 81 : Gestion des réclamations et des plaintes**

Le patient, son représentant légal ou ses ayants droits peuvent faire part au personnel des services et/ou au directeur de l'Etablissement de leurs observations et s'il y a lieu, de leur réclamations ou plaintes.

Dans ce cas, ils peuvent s'adresser, par écrit, à la direction; le directeur en charge des relations avec les usagers accuse réception de leur courrier.

L'agent chargé des relations avec les usagers recueille les réclamations orales et écrites, par délégation du directeur, et les traite avec son responsable hiérarchique. Il sollicite le responsable du pôle de soins concerné, en premier lieu, pour avoir son éclairage et des éléments de réponse.

Tenu de fournir des explications et de répondre aux demandes formulées, le directeur en charge des relations avec les usagers peut informer l'utilisateur de la possibilité, en second lieu, de saisir les médiateurs médecin et non médecin, de la Commission des Usagers.

Le directeur peut également saisir les médiateurs lui-même avec information de l'utilisateur.

Les médiateurs saisis rencontrent l'utilisateur dans les huit jours et adressent le compte-rendu de cette rencontre dans les huit jours suivants, au Président de la Commission des Usagers.

Ce dernier transmet sans délai le compte-rendu des médiateurs aux membres et au plaignant. La Commission formule des recommandations pour régler le litige ou émet un avis de classement. Dans les huit jours suivants la séance, le directeur répond au plaignant en y joignant l'avis de la Commission.

Le directeur, saisi d'une réclamation ou d'une plainte, est tenu en toute hypothèse de faire connaître au plaignant les voies de recours ouvertes.

#### **Article 82 : Rôle de la Commission des Usagers (CDU)**

Suivant l'article R1112-94 du Code de Santé Publique :

*« Au vu de ce compte-rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier. »*

#### **Article 83 : Réponse au plaignant**

Si la plainte ou réclamation a suivi ce type de traitement, et toujours selon le Code de Santé Publique, la réponse du directeur au plaignant sera accompagnée de l'avis de la CDU, et ce courrier sera également transmis aux membres de la CDU.

### **Titre 3 : Le séjour à l'hôpital**

#### **Article 84 : Droit à la prévention et aux soins**

Le CHOR exerce les missions générales de soins telles que confiées aux établissements de santé par le Code de la Santé Publique. Il assure les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des patients, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ; il participe également à des actions de santé publique et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

Par ailleurs, le CHOR garantit le respect des droits des personnes hospitalisées tels qu'inscrits dans le code de la santé publique. Ainsi, il assure l'accueil en consultation comme en hospitalisation de toute personne dont l'état de santé l'exige, sans discrimination. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, qu'il soit physique, sensoriel ou mental.

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

Le CHOR met en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert. Une équipe mobile de soins palliatifs intervient à l'intérieur du centre hospitalier, dans les établissements du bassin, et à domicile.

#### **Article 85 : Principe du libre choix du patient**

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence, les contraintes liées à l'organisation du service et par les disponibilités en lits de l'établissement conformément aux tableaux de service.

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

#### **Article 86 : Régimes d'hospitalisation**

Les patients ont le choix de leur régime d'hospitalisation au sein du CHOR. Les régimes dérogatoires au droit commun sont le régime particulier et le régime libéral.

Le régime particulier est applicable dans les chambres à un lit préalablement identifiées et ayant fait l'objet d'un agrément spécifique par le directeur général de l'agence régionale de santé. Il s'applique aussi pour l'activité ambulatoire ne donnant pas lieu à hospitalisation complète, dans des conditions d'agrément similaires.

Lorsqu'un malade opte pour le régime particulier, l'option est formulée par écrit, dès la pré-admission du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant, après que l'intéressé ait pris connaissance des conditions particulières qu'implique le choix de cette catégorie ; l'engagement de payer les suppléments au tarif de prestation, qui doivent être précisément indiqués, doit être signé en même temps par ce malade, sous réserve, en ce qui concerne les assurés sociaux, des conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes prenant en charge les frais de soins.

Lorsque l'état d'un malade requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

#### **Article 87 : Consultations externes**

Le CHOR dispose de secteurs de consultations et de soins pour les patients. Des modalités d'accueil et d'organisation du circuit des patients consultants sont définies de manière à garantir le bon fonctionnement des secteurs de consultations et de soins externes et la qualité de la prise en charge proposée à ces patients.

#### **Article 88 : Hospitalisations et consultations en activité libérale**

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

de son activité libérale doit être affiché dans la salle d'attente de l'unité fonctionnelle. Le temps consacré à ces activités est porté sur le tableau de service.

Lorsque les patients autres que les bénéficiaires de l'aide médicale optent pour l'activité libérale des praticiens hospitaliers, l'option est formulée par écrit, dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou un proche, après que l'intéressé ait pris connaissance des conditions particulières qu'implique le choix de cette catégorie, notamment en ce qui concerne les honoraires médicaux et le paiement du régime particulier le cas échéant.

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.

Outre les consultations publiques, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers.

Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions de consentement préalable que pour les hospitalisations en régime libéral.

L'activité libérale des praticiens autorisés à l'exercer ne peut avoir pour effet:

- d'introduire une discrimination entre patients pour l'accès aux soins ou la qualité des soins reçus ;
- de solliciter une organisation particulière des services hospitaliers, ni au plan des locaux, ni des équipements, ni des horaires du personnel.

Cette activité est placée sous le contrôle de la commission de l'activité libérale, selon les conditions prévues par le code de santé publique.

Nul ne peut porter préjudice à l'activité libérale des praticiens, dès lors qu'elle a été régulièrement autorisée et qu'elle s'effectue dans les conditions conformes à la loi.

L'encaissement des honoraires d'activité libérale est effectué selon les modalités déterminées par la loi et les contrats d'activité libérale passés entre le CHOR et les praticiens concernés.

Le choix du secteur libéral de consultation externe implique que les honoraires médicaux soient fixés par entente directe entre le praticien et son patient. Les tarifs des consultations réalisées dans le cadre de l'activité libérale sont affichés de façon lisible en salle d'attente.

### *Section 1 : Information du patient*

#### **Article 89 : Information du patient**

Les patients hospitalisés doivent être informés par tout moyen approprié du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Le droit à l'information de la personne sur son état de santé est assuré par le personnel médical et paramédical dans le cadre de ses compétences, en application des dispositions du code de la santé publique et notamment de celles issues de la loi no 2002-303 du 4 mars 2002.

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans que la personne ait été préalablement et complètement informée et ait donné son consentement libre et éclairé, ce consentement pouvant être retiré à tout moment.

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. Cette situation doit être consignée dans le dossier médical.

#### **Article 90 : Information et consentement du patient mineur**

Les droits du mineur sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale sous réserve des dispositions des articles L. 1111-4 et L. 1111-5 du code de la santé publique. Il reçoit lui-même une information et participe à la prise de décision en fonction de son degré de maturité. Son consentement doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Les parents divorcés ou séparés exercent en commun l'autorité parentale et ils doivent tous deux être prévenus et consultés pour une décision grave concernant l'enfant.

L'article 372-2 du code civil précise néanmoins qu'à l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant".

Lorsque les parents sont absents et ne peuvent être prévenus et si la situation est grave et urgente, le médecin prend les mesures nécessaires et donne les soins sous sa seule responsabilité.

En application de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique de la loi du 4 mars 2002, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur, dans le cas où ce dernier s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Le médecin doit s'efforcer dans un premier temps d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Si le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Le médecin gardera à l'esprit la nécessité d'informer complètement le mineur sur la gravité de la décision prise d'écarter les titulaires de l'autorité parentale et s'assurera de l'identité et de la qualité de la personne majeure choisie pour accompagner le mineur.

De même, le mineur en situation de rupture familiale bénéficiant à titre personnel de la couverture maladie universelle a le droit de consentir seul aux soins.

#### **Article 91 : Information de la famille ou des proches**

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

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 le respect du code de déontologie médicale ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par l'équipe infirmière.

#### **Article 92 : Information du médecin traitant**

Le refus du patient, qu'un médecin qu'il désigne soit informé, doit être respecté.

Si le patient demande que des informations concernant sa santé en rapport avec les soins dispensés au CHOR soient transmises à son médecin traitant (un médecin de son choix), le médecin désigné par le patient ou par sa famille est tenu au courant de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. En même temps, il est invité 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.

En cours d'hospitalisation, le médecin visé ci-dessus qui en fait la demande est informé sur l'état du malade.

A l'issue de l'hospitalisation, il reçoit un compte-rendu.

### *Section 2 : Personne de confiance et personne à prévenir*

#### **Article 93 : Désignation d'une personne de confiance**

Dès son admission, le patient majeur est invité à désigner une personne de confiance, qui peut être distincte de la personne à prévenir.

La personne de confiance est une personne majeure. Elle pourra être un membre de la famille, un proche, le médecin traitant. Elle pourra aider le patient dans les démarches à accomplir et assister aux différents entretiens d'information afin de le conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter. Sa présence pourra également être requise si le patient n'est plus en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques.

Elle deviendra alors un interlocuteur privilégié et sera la personne prioritairement consultée par l'équipe médicale, notamment dans des situations de fin de vie ou de traitements devenus vains.

La désignation d'une personne de confiance est facultative ; elle doit être faite par écrit et figure dans le dossier du patient. Elle est valable le temps de l'hospitalisation et elle est révocable à tout moment par écrit. Il suffit que le patient en avertisse le personnel hospitalier et désigne, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

La personne de confiance doit être impérativement informée de sa désignation et l'avoir acceptée de façon expresse. Elle ne dispose pas d'un droit d'accès direct au dossier du patient.

#### **Article 94 : Personne à prévenir - Information de la famille**

Lors de son hospitalisation le patient désigne la ou les personnes à prévenir en cas d'accident. Leur identification doit figurer au dossier du patient. La personne à prévenir n'est pas forcément la personne de confiance.

Dans chaque service les médecins reçoivent les familles des personnes hospitalisées soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients 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 destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

De même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les personnels paramédicaux, dans leur champ de compétences.

Par ailleurs, les familles sont systématiquement informées, lorsque l'état de santé du malade justifie le déclenchement de l'instruction d'une mesure de protection juridique.

### *Section 3 : Consentement et refus de soins*

#### **Article 95 : Consentement aux soins**

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

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans que la personne ait été préalablement et complètement informée et ait donné son consentement libre et éclairé, ce consentement pouvant être retiré à tout moment.

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 prévenu.

#### **Article 96 : Refus de soins**

Lorsqu'un malade refuse le traitement, l'intervention ou les soins, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins, est prononcée par le directeur après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés, et information du patient des risques qu'il encourt. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé et contresigné par deux agents du service. Dans toute la mesure du possible, une proposition alternative de soins est soumise au malade préalablement à son départ de l'établissement.

En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du patient, le médecin présent s'assure que le refus de soins ainsi signifié procède d'une volonté libre et éclairée de même que d'une complète compréhension du risque encouru. En cas de confirmation du refus de soins, le médecin prend alors les décisions qu'il estime nécessaires pour ce patient, compte tenu de l'obligation de porter secours dont il est légalement redevable vis-à-vis d'une personne en état de faiblesse. Il en informe immédiatement le directeur de permanence du CHOR

#### **Article 97 : consentement du patient majeur placé sous mesure de protection**

Patient sous curatelle ou sauvegarde de justice : le patient garde sa capacité à consentir aux soins.

Patient sous tutelle : Importance d'obtenir copie du jugement d'ouverture de la tutelle qui précise si :

- Le tuteur consent à la place du majeur protégé  
Ou
- Le majeur protégé peut consentir seul aux actes médicaux de toute nature

#### **Article 98 : Incapacité du patient à s'exprimer**

« 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 prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. » (Article L.1111-4 du code de la santé publique).

Dans le cas où le patient est hors d'état de donner son consentement et où tout retard serait préjudiciable au patient, le médecin ou le chirurgien peut être conduit à intervenir, sans pouvoir

recueillir le consentement du patient, ni avertir la personne de confiance ou la famille. Il devra donner dès que possible les explications nécessaires et justifier sa décision.

#### **Article 99 : Directives anticipées**

Pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, toute personne majeure peut rédiger des « directives anticipées ». Ces directives anticipées informent sur les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne, sous réserve que ces directives aient été établies moins de trois ans avant son état d'inconscience. Elles n'ont pas force obligatoire pour le médecin et n'ont qu'une valeur consultative. Elles ont primauté sur les autres avis non médicaux (personne de confiance, familles, proches).

### *Section 4 : Conditions de séjour des personnes hospitalisées*

#### **Article 100 : Respect des droits des patients**

Conformément aux dispositions légales et réglementairement prévues au code de santé publique, le CHOR s'engage à respecter l'ensemble des droits des personnes hospitalisées ou consultant au sein des services de soins qui le composent.

Précisément, et conformément au code de la santé publique dont les dispositions garantissent le respect de la charte de la personne hospitalisée telle que définie par la circulaire n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées, le CHOR garantit notamment aux patients le respect des droits suivants lors du déroulement de leur séjour au sein de ses services de soins :

- droit au soulagement de la douleur et à l'accompagnement de fin de vie, respect de la dignité des personnes hospitalisées,
- liberté générale d'aller et venir pendant l'hospitalisation, dans le respect des règles de sécurité et le respect de la prise en charge médicale dédiée,
- droit à l'intimité de la vie privée à l'hôpital, liberté de religion et de pensée,
- garantie de non divulgation de la présence à l'hôpital si le patient le souhaite,
- droit de visite et de rencontre des représentants des usagers ou des associations d'usagers pendant le séjour,
- droit au repos,
- garantie de plein exercice des droits civiques et politiques.

#### **Article 101 : Respect de la personne et de son intimité**

Le respect de l'intimité de la personne malade doit être garanti à tout moment de son séjour au sein du CHOR.

Dans ce cadre, les professionnels hospitaliers comme les visiteurs extérieurs doivent prendre en compte la nature privée de la chambre dans laquelle séjourne le patient.

Par ailleurs, la personne hospitalisée ne peut être sollicité pour participer à l'enseignement destiné aux étudiants ou stagiaires qu'à la condition d'y avoir préalablement et librement consenti.

#### **Article 102 : Exercice des droits civiques**

Mariage : Le Code civil dispose par exception à l'obligation de célébrer un mariage en mairie « qu'en cas d'empêchement grave, le Procureur de la République du lieu de mariage pourra requérir l'officier d'état civil de se transporter au domicile ou à la résidence de l'une des parties pour célébrer le mariage ». Ces dispositions ont vocation à s'appliquer, par exemple, en cas d'hospitalisation de longue durée. La remise à la personne hospitalisée d'un certificat médical attestant qu'elle ne peut se rendre à la



mairie lui permettra en pratique de formuler une demande auprès de l'officier d'état civil qui sollicitera l'autorisation du Parquet. Par ailleurs, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du centre hospitalier, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

Vote : Le Code électoral autorise le vote par procuration pour « les patients, les femmes en couches, les infirmes ou incurables qui en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, seront dans l'impossibilité de se déplacer le jour du scrutin ». Une procuration peut être établie jusqu'à la veille du scrutin à 12h. Lorsque l'état de santé d'une personne l'empêche de se déplacer, la procuration peut être établie à l'hôpital par un officier de police judiciaire. Le patient doit présenter une pièce d'identité à l'officier de police judiciaire.

### **Article 103 : Exercice du culte pendant le séjour**

Les patients hospitalisés au CHOR ont la possibilité de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée au cadre de santé de l'unité de soins dans laquelle ils séjournent, la visite du ministre du culte de leur choix. Il est tenu compte, dans la mesure du possible, des interdits alimentaires du patient.

Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes accueillies et à leurs proches. En outre, conformément à la circulaire N°DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé, le libre choix exercé par le malade ne doit pas perturber la dispensation des soins, ni l'organisation du service. De même, tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur ou d'un bénévole.

### **Article 104 : Visite médicale quotidienne**

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

Le samedi après-midi, les dimanches, les nuits et jours fériés, la continuité des soins est organisée dans le cadre des gardes et astreintes médicales.

### **Article 105 : Service Social**

Il est à la disposition des patients, de leur famille et de leurs proches ; il participe à la prévention, au repérage et à la prise en charge des conséquences économiques, sociales, et psychologiques de la maladie, du handicap, ou de l'âge. Il contribue à faciliter la vie des patients à l'hôpital, à leur accès aux soins, ainsi qu'à la réinsertion sociale, professionnelle ou scolaire.

Dans le cadre de la maltraitance, ils accompagnent la mise en place de mesures juridiques des personnes vulnérables, ils coopèrent étroitement avec le conseil général et l'autorité judiciaire pour toutes situations relevant de la protection de l'enfance.

Ils participent à l'organisation du retour à domicile en mobilisant les dispositifs prévus et en effectuant si nécessaire des visites à domicile pour valider la faisabilité du projet de sortie.

### **Article 106 : Lutte contre le tabagisme**

Le CHOR adhère au Réseau Hôpital sans Tabac. Hôpital sans Tabac Selon les termes du décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, il est strictement interdit de fumer dans les locaux du CHOR.

### *Sous-section 1 : Règles applicables aux personnes extérieures*

#### **Article 107 : Modalités d'exercice du droit de visite**

Les visites aux patients hospitalisés ont lieu tous les jours selon des modalités précisées par affichage à l'entrée de chaque secteur de soins du CHOR et dans le livret d'accueil.

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

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée et sous réserve du respect du contradictoire, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le directeur ou son représentant, après avis du responsable de l'unité de soins.

En outre, les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et des examens prescrits.

Par ailleurs, les visiteurs ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni substances illicites, ni tabac, ni médicaments. Toutefois, le médecin peut donner son accord pour les médicaments selon les besoins du patient.

Le cadre de santé du service doit également s'opposer, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou de boissons, même non alcoolisées, qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit au malade. Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

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

Le nombre de visiteurs peut être limité par décision du médecin responsable du suivi du patient.

#### **Article 108 : Présence des proches et des accompagnants pendant le séjour**

Le CHOR privilégie la présence des proches des patients pendant leur séjour dans ses services ; en particulier, il facilite l'accompagnement des patients dans des situations particulières telles que l'hospitalisation d'un nouveau-né ou d'un enfant, ou la fin de vie d'un malade.

Par ailleurs, un repas peut-être servi à toute personne rendant visite aux patients hospitalisés lorsqu'elle est dans l'impossibilité de prendre son repas à l'extérieur, et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service concerné au CHOR. Ces repas seront facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le directeur. Dans la mesure du possible, un accompagnant peut être autorisé à passer la nuit auprès du patient. Les prestations associées à cette présence donnent lieu à facturation.

#### **Article 109 : Personnes extérieures**

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite dans une unité du CHOR sans l'autorisation préalable du directeur ou de son représentant qui sollicite, si besoin est, l'avis du ou des responsables de structures internes ou de pôle concernés.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des patients, sauf accord de ceux-ci et des responsables de structures internes ou de pôle et après autorisation du directeur général.

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

Les patients peuvent demander au cadre de santé de l'unité dans laquelle ils séjournent de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux.

#### **Article 110 : Associations de bénévoles**

Des associations bénévoles peuvent, avec l'accord du directeur, venir apporter un soutien aux personnes accueillies au sein du CHOR, ou développer des activités dans le respect des règles régissant le fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales. Ces associations peuvent intervenir de façon régulière ou ponctuelle dans les services à leur demande ou sur la demande du cadre du service concerné. Les patients sont libres de donner suite ou pas à ces démarches. Des conventions établies entre les associations et le CHOR déterminent leurs modalités d'intervention.

Chaque association communique la liste des adhérents qu'elle propose de faire intervenir au CHOR ; ces personnes sont reconnaissables au badge qu'elles portent obligatoirement lorsqu'elles sont présentes dans les services.

#### *Sous-section 2 : Comportements des personnes hospitalisées*

#### **Article 111 : Déplacements**

Sauf contre-indication du fait de leur état, atteinte et sous réserve d'une part que cela ne gêne pas l'organisation des soins et d'autre part d'en avoir expressément informé l'équipe les personnes hospitalisées ont la possibilité de se déplacer dans l'établissement ils doivent alors être revêtus d'une tenue décente.

Les patients doivent respecter les locaux non autorisés.

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

#### **Article 112 : Règles d'hygiène**

Les personnes hospitalisées au CHOR doivent veiller au bon état de locaux et objets qui sont à leur disposition et doivent respecter les lieux en ne jetant ni papiers, ni débris de nourriture, dans les couloirs et, à l'extérieur, dans les jardins, pelouses et allées. Les visiteurs sont astreints aux mêmes obligations. En cas de dégradation, le CHOR pourra engager des poursuites à l'encontre du malade auteur de ces dégradations

Les personnes hospitalisées sont tenues de respecter une stricte hygiène corporelle.

Pour ce faire, ils sont priés d'apporter à l'hôpital pendant leur séjour:

- 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.).

#### **Article 113 : Linge, effets personnels**

Sous réserve du respect des règles d'hygiène, la personne hospitalisée peut, s'il elle le souhaite, conserver ses vêtements et son linge personnels, à charge pour elle d'en assurer par tout moyen à sa convenance l'entretien régulier.

En cas de nécessité impérieuse d'hygiène, le CHOR se réserve la possibilité de détruire les effets personnels d'un patient.

### *Sous- section 3 : Prestations de service mises à disposition des patients pendant leur séjour à l'hôpital*

#### **Article 114 : Courrier**

Les services de vaguemestre du CHOR sont à la disposition des patients hospitalisés pour toutes les opérations postales ordinaires. Pour ce faire, les personnes hospitalisées remettent aux personnels des unités de soins leurs courriers affranchis, ainsi inclus dans le circuit de courrier du site sur lequel ces personnes séjournent.

#### **Article 115 : Téléphone portable**

L'usage du téléphone portable peut interférer avec les appareils de soins, il vous sera souvent demandé de ne pas y recourir. Il est toléré en chambre, dans le strict respect de la tranquillité des patients. La plus grande courtoisie est souhaitée, notamment en termes de nuisances sonores et d'usage intempestif à des heures indues et il est interdit dans certaines zones signalées par un affichage spécifique. Ces interdictions doivent être strictement respectées.

Lorsqu'aucun affichage n'en stipule l'interdiction, l'usage du téléphone portable est toléré, dans le strict respect de la tranquillité des patients. La plus grande courtoisie est souhaitée, notamment en termes de nuisances sonores et d'usage intempestif à des heures indues.

#### **Article 116 : Télévision**

Un service de location payant de télévision est à la disposition des personnes hospitalisées par un prestataire de services extérieur à l'établissement (renseignements à prendre dans le service).

Les téléviseurs personnels sont interdits dans les chambres afin d'éviter les accidents dont le patient devrait porter la responsabilité.

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

## **Titre 4 : Sortie de la personne hospitalisée**

### *Section1 : autorisation et modalités de sortie*

#### **Article 117 : Autorisation de sortie**

Les patients hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie d'une durée maximale de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin responsable de l'unité d'hospitalisation dans laquelle séjourne la personne, par le directeur du CHOR.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne revient pas dans les délais qui lui ont été impartis et sous réserve des nécessités de santé qu'il présenterait, l'établissement le mentionne sortant dans ses registres et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles. Le cas échéant, l'équipe du service informe la famille ou le représentant légal de ce malade ainsi que le médecin traitant de cette situation, et des risques encourus par le malade du fait de l'interruption de sa prise en charge.

### **Article 118 : Formalités de sortie**

Lorsque l'état de santé de la personne hospitalisée ne requiert plus son maintien dans l'unité de soins dans laquelle il est pris en charge, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable de cette unité. Le cas échéant, toutes dispositions sont prises, selon la proposition médicale, en vue du transfert immédiat de ce patient dans un établissement dispensant des soins de suite ou de réadaptation ou des soins de longue durée adaptés à son cas.

En règle générale, la sortie des patients hospitalisés a lieu tous les jours.

Lors de son départ de l'établissement, le patient reçoit un bulletin de situation ne portant aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation, ni le nom du service d'hospitalisation. Il reçoit également les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire peut être établie par le médecin ayant pris en charge le malade. Pour l'exécution de cette prescription, qui peut déclencher la prise en charge financière par les organismes d'assurance-maladie, et sauf opposition du malade, le CHOR fait appel à tour de rôle aux entreprises d'ambulance mentionnées sur la liste des transporteurs sanitaires agréés du département. Si le malade en fait la demande cette liste lui sera communiquée.

Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de la personne hospitalisée des prescriptions médicales que ce dernier doit suivre. Précisément, il reçoit toute indication propre à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.

### **Article 119 : Formalités de sortie des patients mineurs et des nouveau-nés**

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique ou d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les personnes exerçant l'autorité parentale ou les tierces personnes autorisées par elles sont informées de la sortie prochaine de l'hôpital du mineur. Le cas échéant, ces personnes font connaître par écrit aux professionnels hospitaliers si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement. Toute personne avec laquelle le mineur quitte l'établissement doit pouvoir prouver son identité et sa qualité pour pouvoir procéder à cette sortie.

## *Section 2 : Sortie spécifiques*

### **Article 120 : Sortie contre avis médical**

Le malade doit signer une décharge indiquant qu'il souhaite quitter l'établissement contre l'avis médical et en toute connaissance des risques qu'il encourt.

Pour les mineurs, la décharge doit être signée par ses parents ou par une personne titulaire de l'autorité parentale.

Si la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service en plus de la procédure de décharge saisit le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaires.

Si la sortie est demandée par un mineur opposé à l'information de ses parents ou de la personne titulaire de l'autorité parentale, elle ne peut avoir lieu qu'avec une personne majeure, le procureur de la République informé par le médecin responsable.

Si le malade refuse de signer la décharge, un procès-verbal de refus signé par deux témoins doit être établi; celui-ci tient alors lieu de décharge.

### **Article 121 : La sortie à l'insu du service**

Si une personne hospitalisée quitte l'établissement sans prévenir, il convient, si les recherches entreprises à l'intérieur et aux abords de l'établissement sont restées vaines :

- De constater la « fugue » et d'en informer la gendarmerie.
- D'informer la personne à prévenir, la famille sauf pour les mineurs opposés à l'information de ses parents (ou du titulaire de l'autorité parentale) sur leur hospitalisation.

Le malade doit être porté sortant d'office et les modalités de sortie consignées dans le dossier médical.

### **Article 122 : La sortie disciplinaire**

Lorsqu'une personne hospitalisée, dûment avertie, cause des désordres persistants, le directeur ou l'administrateur de garde prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller, si l'état de santé du patient le permet, jusqu'au prononcé de la sortie.

Pour les mêmes motifs et suivant la même procédure, le directeur du CHOR peut procéder à l'organisation du transfert de ce patient soit dans un autre secteur d'hospitalisation de l'établissement, soit dans une autre structure hospitalière de la région.

## Titre 5 : Le dossier patient

### **Article 123 : Le dossier patient**

Le dossier médical du patient est le recueil des informations au moment de l'admission et pendant le séjour du patient, à savoir notamment :

- La fiche d'identification du malade,
- Le document médical indiquant le ou les motifs de l'hospitalisation,
- Les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs,
- Les comptes rendus des explorations para-cliniques et des examens complémentaires,
- Le dossier d'anesthésie,
- Le ou les comptes rendus opératoires ou d'accouchement,
- Les prescriptions d'ordre thérapeutique,
- Le compte rendu d'hospitalisation, avec notamment le diagnostic de sortie,
- Les prescriptions établies à la sortie du patient.

Ainsi qu'en dispose l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, le CHOR constitue, pour tout personne hospitalisée ou consultant qu'il prend en charge, un dossier comprenant toutes ces informations soumises au **principe du secret professionnel**.

### **Article 124 : Le rôle et la responsabilité des différents acteurs pour sa tenue**

Le dossier médical doit être le reflet fidèle de l'état du patient comme de l'ensemble des soins qui lui sont prodigués et de tout événement le concernant. À ce titre, il constitue un aide-mémoire essentiel à la prestation de soins de qualité. Les professionnels de santé prenant en charge les patients, doivent s'astreindre à une excellente tenue des dossiers en les complétant avec des informations les plus fiables possibles, puisque ce document vise des objectifs multiples et témoigne de leur conduite professionnelle :

- Un **outil de communication** : Le dossier médical est une source importante de renseignements concernant un patient. Il permet, le cas échéant, de transmettre les renseignements appropriés aux divers professionnels et instances concernés par le patient.
- Un **outil d'évaluation** : La tenue du dossier médical témoigne généralement de la qualité des services que le médecin fournit à ses patients et, conséquemment, de sa compétence.

- Un **élément de protection juridique** : Le dossier constitue, tant pour le médecin que pour le patient, un élément de protection juridique. En effet, plus le dossier sera complet, plus il sera utile pour attester les événements survenus.
- Utile à **l'enseignement et à la recherche** : Le dossier représente également un document précieux pour l'enseignement, la recherche et la compilation de statistiques ainsi que pour la mise en place et le suivi d'indicateurs cliniques de qualité.

#### **Article 125 : Informatisation du dossier**

Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, le CHOR saisit sur **informatique** les éléments médicaux et non médicaux du dossier du patient. Hors les cas où la loi en dispose autrement - notamment en matière de gestion d'activité et de facturation à l'assurance maladie - les patients disposent d'un droit d'opposition à l'informatisation de leur dossier médical.

Depuis 2006, le CHOR met en œuvre des changements importants de son système d'information hospitalier visant à sécuriser le système d'information et à mettre en place un véritable dossier patient informatisé couvrant l'ensemble du circuit de prise en charge du patient.

L'ensemble du projet a abouti en 2014 permettant une dématérialisation totale du dossier patient. Dans ce contexte, il est **impératif pour les professionnels de compléter le dossier patient informatisé dès lors qu'il est déployé dans leur service**.

En cas de panne entraînant une impossibilité d'utilisation du dossier patient informatisé, l'utilisation d'un dossier papier est requise afin d'assurer la traçabilité des données.

Afin d'assurer le **secret professionnel/médical**, les professionnels de santé doivent protéger la confidentialité des données du dossier, en particulier en fermant leur cession informatique dès lors qu'ils s'éloignent du poste.

#### **Article 126 : Conservation du dossier patient**

Le CHOR est responsable de la garde et de la bonne conservation des dossiers constitués à l'occasion de toute prise en charge d'un patient dans ses services. Cette responsabilité est assurée conformément aux obligations réglementaires applicables en matière d'archives médicales à l'hôpital; elle est également organisée de façon à garantir dans le temps le respect de la confidentialité applicable aux informations de santé à caractère personnel.

#### **Article 127 : Communication du dossier patient**

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par le CHOR à la suite de consultations ou d'hospitalisations dans ses services. Le patient peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne.

La gestion des demandes de communication de dossier patient est assurée par la direction du CHOR conformément aux dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

A réception du dossier, la direction informe le patient de la possibilité qu'il a soit de consulter son dossier sur place, soit de lui en adresser une copie moyennant le paiement des coûts des copies.

Conformément à la législation et à la réglementation, l'ayant droit d'un patient décédé n'a pas accès à la totalité du dossier patient de ce dernier. Il ne peut obtenir communication que des seules informations lui permettant :

- de connaître les causes du décès de leur patient,

- de défendre la mémoire du défunt,
- de faire valoir un droit.

La demande correspondante doit comporter les précisions nécessaires permettant à l'établissement de vérifier les motivations de la demande de communication.

Le choix des éléments communicables est de la responsabilité du chef de service ou du responsable d'unité fonctionnelle.

#### **Article 128 : Information du médecin traitant**

- Information en cours d'hospitalisation

Sous réserve de l'acceptation du malade ou de son représentant légal, le médecin hospitalier responsable du malade communique au médecin traitant toute information relative à l'état du patient.

- Information à la sortie du malade

A la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre résumant les observations faites, les traitements effectués ainsi que la thérapeutique à poursuivre est dans la mesure du possible 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 ce cas, le courrier est transmis dans un délai de 8 jours suivant la sortie du malade.

Le CHOR facilite, autant que possible, et sous réserve de l'accord des patients, les liens et la communication avec les médecins traitants et les professionnels de santé libéraux qui les prennent en charge.

### **Titre 6 : Aggravation de l'état de santé et fin de vie**

#### **Article 129 : Aggravation de l'état de santé**

Dans tous les cas de fin de vie ou d'aggravation de l'état de santé d'un patient, les médecins de l'établissement veillent au respect des principes déontologiques relatifs à cette situation.

Le cas échéant, il est fait application des directives anticipées formulées par la personne hospitalisée.

Lorsque l'état d'une personne hospitalisée s'aggrave et qu'il est en fin de vie, il est transféré, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle du service sauf indisponibilité.

Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas dans l'établissement et y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

Le patient peut être également transféré à son domicile si son état le permet et si lui-même ou sa famille en expriment le désir.

#### **Article 130 : Constat du décès**

Le décès d'une personne hospitalisée est constaté par un docteur en médecine. Ce médecin établit un certificat de décès transmis, dès que possible, au bureau des admissions et, dans les 24 heures, au bureau d'état civil de la mairie.

Conformément aux dispositions du code civil, les décès de personnes hospitalisées sont inscrits sur un registre particulier à l'hôpital.

#### **Article 131 : Notification du décès**

La famille ou les proches sont prévenus, dès que possible et par tous les moyens appropriés par le médecin ou le personnel soignant, de l'aggravation de l'état de santé du patient. Le décès est, de préférence, annoncé par un médecin.



**Article 132 : Dispositions particulières aux décès des nouveau-nés**

La déclaration d'enfant né sans vie est établie conformément aux dispositions du décret du 1er août 2006 et de l'article 79-1 du Code civil, lorsque l'enfant est sans vie au moment de l'accouchement.

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

Le déclarant devra préciser les noms, prénom, qualité et domicile des père et mère de l'enfant, ainsi que les indications sur l'année, le mois, le jour et l'heure de sa naissance.

**Article 133 : Indices de mort violente ou suspecte**

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'une personne hospitalisée, le directeur ou son représentant, prévenu par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, avise l'autorité judiciaire conformément aux dispositions du code civil.

**Article 134 : Toilette mortuaire et inventaire après le décès**

Après que le décès a été médicalement constaté, il est procédé à la toilette du défunt. Chaque toilette mortuaire est un soin personnalisé et circonstancié. Il est réalisé selon le protocole rédigé et validé par la Direction de l'établissement.

Deux membres de l'équipe soignante sont chargés de dresser l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc. que le patient décédé avait en sa possession. Cet inventaire est établi en présence d'un témoin proche du patient décédé lorsque c'est possible. Il est consigné sur un registre spécial tenu dans chaque service.

Il est remis, dans les 24 heures, avec les objets de valeur qui y figurent (argent, carte bleue, chèques, bijoux, etc.), soigneusement enveloppés dans des sacs prévus à cet effet, au régisseur des dépôts de l'établissement. Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit du malade ou à ses proches. Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis à l'agent comptable de l'établissement qui les restitue aux ayants droit.

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

Le corps est ensuite déposé à la chambre mortuaire et ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements. Les familles peuvent demander la présentation du corps à la chambre mortuaire de l'établissement, pendant les heures d'ouverture. Cette présentation est faite dans une salle spécialement aménagée à cet effet.

**Article 135 : Réclamation des corps**

La famille, ou à défaut, les proches disposent d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement. La mère, ou le père disposent, à compter de l'accouchement, du même délai pour réclamer le corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil.

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

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

La conservation au-delà de 3 jours ouvrables des corps des personnes décédées au sein des chambres mortuaires du CHOR est facturée aux familles.

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

**Article 136 : Mesures de police sanitaire**

Lorsque des mesures de police sanitaire s'imposent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient défunt sont éliminés par mesure d'hygiène.

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

**Article 137 : Sortie du service**

Pour les décès survenus en maison de retraite, le transport de corps vers la chambre mortuaire est effectué par un véhicule funéraire agréé, alors que pour les décès survenus en MCO, ce sont les brancardiers de l'établissement qui transportent les corps.

**Article 138 : Transport de corps à résidence sans mise en bière**

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée vers son domicile ou celui d'un membre de sa famille, doit être autorisé par le maire de la commune du lieu du décès.

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,
- à l'accord écrit du praticien hospitalier responsable du malade,
- à l'accomplissement préalable des formalités prescrites par le code civil et relatives aux déclarations de décès.

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

- le décès soulève un problème médico-légal,
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé,
- 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 avvertir sans délai par écrit le directeur et la famille.

Aux termes de l'article R. 2213-11 du code général des collectivités territoriales, le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai de 48 heures à compter du décès.

Les transports à résidence sont assurés par des véhicules de transport agréés à cet effet sur la base du choix opéré par les proches du défunt, parmi les entreprises de la liste des transports sanitaires agréés du département, dont un exemplaire est mis à sa disposition par les professionnels hospitaliers. Si les proches du défunt n'expriment pas de choix, le CHOR fait appel à tour de rôle aux entreprises mentionnées sur la liste précitée.

**Article 139 : Transfert du corps en chambre funéraire avant mise en bière**

Les dispositions suivantes visent les transports de corps du Centre Hospitalier vers une chambre funéraire privée et ce dans un délai de vingt-quatre heures à compter du décès. Le transfert s'effectue sur demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile.

Le transport du corps vers une chambre funéraire située sur le territoire de la commune est subordonné à un certificat médical établi par le médecin responsable du patient attestant que ce dernier n'est porteur d'aucune maladie contagieuse.

A l'inverse, si le transport effectue hors du territoire de la commune, la personne demandant l'admission en chambre funéraire doit au préalable obtenir de la part du maire une autorisation de transport.

Dans tous les cas, les opérations de transport de corps avant mise en bière sont achevées dans un délai maximum de vingt-quatre heures à compter du décès. Toutefois, lorsque des soins de conservation ont été réalisés à l'issue des prélèvements, ce délai est porté à quarante-huit heures. Les frais de transport aller et retour du lieu de décès à l'établissement et les frais de prélèvement sont à la charge du Centre Hospitalier.

#### **Article 140 : Transport de corps à résidence avec mise en bière**

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit être mis en bière. Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin organise la récupération de l'appareil avant la mise en bière. Le transport de corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise de transport agréés librement choisi par les familles ou proches du patient défunt. En aucun cas le CHOR qui met à disposition la liste de ces services et entreprises, n'interfère dans le choix ainsi réalisé.

#### **Article 141 : Inhumation**

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent le convoi à leur convenance en s'adressant au service ou à l'entreprise des pompes funèbres de leur choix. Lorsque, dans un délai de dix jours maximum, le corps du défunt n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, le CHOR fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, l'établissement applique les dispositions concernant les indigents en liaison avec les services communaux compétents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente. Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques des différentes catégories de patients hospitalisés sont pris en charge, sont déterminées par les lois et règlements en vigueur et notamment par les dispositions du code général des collectivités territoriales.

#### **Article 142 : Autopsie**

Sur demande du médecin en charge du patient au CHOR une autopsie peut être pratiquée ou pour rechercher les causes du décès, préalablement à l'inhumation, et après autorisation du directeur ou de son représentant, sauf si la famille du défunt témoigne de l'opposition communiquée expressément par le malade de son vivant ou si celui-ci, de son vivant, avait fait connaître son opposition par un écrit. A cet effet, le registre national des refus est consulté. Des autopsies médico-légales peuvent également être opérées sur réquisition de l'autorité judiciaire. En dehors de cas particuliers, les corps reconnus par les familles leur sont rendus. Lorsque l'autopsie à but scientifique est requise par un tiers, ses frais sont mis à la charge du demandeur sauf disposition réglementaire le défendant expressément.

#### **Article 143 : Admission en chambre mortuaire des personnes décédées hors de l'établissement**

L'admission en chambre mortuaire de personnes décédées hors de l'établissement ne peut intervenir que sur décision expresse du directeur du CHOR ou en cas de problème médico-légal et sur réquisition du procureur de la république.

#### **Article 144 : Don de corps**

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main. Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès.

Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 24 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination. Ce délai est porté à 48 heures si le décès a lieu dans un établissement disposant d'équipements permettant la conservation des corps. Pour être valable, un éventuel document d'annulation du don doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement au don, par la personne décédée.

**Article 145 : Décès d'un ressortissant étranger**

Dans le cas où le patient décédé est un ressortissant étranger, sa famille est prévenue pour organiser les formalités de retour dans le pays d'origine. Si celle-ci n'est pas joignable, un contact est directement pris avec le consulat ou l'ambassade dudit pays.

Le retour vers le pays d'origine ne peut s'effectuer qu'après mise en cercueil hermétique du corps, quel que soit le délai. Un certificat de non-contagion est également rédigé par le médecin.

## CHAPITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

### *Section 1 : dispositions générales*

#### **Article 146 : Dispositions générales**

De manière générale et globale, le personnel employé par le CHOR est soumis aux règles établies par le statut général de la fonction publique (loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires) et par le statut particulier de la fonction publique hospitalière (loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière).

Le décret n°91-155 du 6 février 1991 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels, s'applique plus spécifiquement aux agents publics non titulaires des établissements publics de santé.

L'action des agents de l'Etablissement doit par ailleurs s'inscrire dans le respect des principes directeurs du service public, à savoir :

- La continuité : qui implique que le service doit être assuré régulièrement, sans retard dans le temps, sans discontinuité gênante ou pénalisante pour l'utilisateur. Ce principe s'articule avec l'exercice du droit de grève.
- La mutabilité ou adaptation constante : qui désigne la nécessaire adaptation des services publics à l'évolution des besoins collectifs et aux exigences de l'intérêt général.
- L'égalité de traitement : qui interdit la discrimination entre les usagers du service.
- La neutralité et la laïcité : que doivent observer toutes les personnes qui collaborent à un service public
- Le devoir de réserve : dont les collaborateurs de service public ne doivent pas se départir dans l'expression de leurs opinions.
- La primauté : Les intérêts privés ou personnels doivent s'incliner devant l'intérêt général ou collectif.

#### **Article 147 : Le personnel**

Le personnel comprend :

- des agents permanents, stagiaires ou titulaires, relevant du statut général des fonctionnaires, titres 1er et IV des statuts de la fonction publique hospitalière. Ces personnels sont appelés fonctionnaires.
- des personnels médicaux soumis à un code de déontologie ou à des règles professionnelles fixées par voie réglementaire. Ils sont astreints au respect de ses principes, sans que l'administration ou un tiers puisse les y faire déroger.
- des agents contractuels, à titre permanent ou temporaire.

### Titre 1 : Obligations des agents du service hospitalier

L'ensemble du personnel médical et non médical est soumis à un ensemble d'obligations et de devoirs dont le non-respect est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires, voire judiciaires.

### *Section 1 : Devoirs et obligations du personnel*

#### **Article 148 : Respect du secret professionnel et médical**

Le secret professionnel et médical, institué dans l'intérêt des personnes hospitalisées, est absolu. Il s'impose à tout agent de l'Etablissement.

Cela concerne aussi bien les informations d'ordre purement médical (résultats d'examens, diagnostics, traitements suivis par le patient ...), que les informations relatives à la vie privée du malade (coordonnées, revenus, informations sur la famille...).

Seules les dérogations ou exceptions expressément prévues par la réglementation peuvent délier les professionnels du respect impératif de cette obligation.

Il s'agit notamment :

- du secret partagé permettant aux professionnels de santé d'échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible du patient considéré ;
- l'information des proches du patient en cas de diagnostic ou de pronostic grave. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité ;
- les divulgations imposées par la loi, sous réserve du contrôle préalable de l'autorité hiérarchique, en application de l'article 40 du Code de procédure Pénale (crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions) ou de l'article 226-14 du Code Pénal (privations ou sévices infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique).

La violation du secret professionnel est passible de sanctions disciplinaires, voire pénales.

L'article 226-13 du code pénal énonce que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

#### **Article 149: Obligation de discrétion professionnelle**

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels de l'hôpital sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Ainsi, toute communication d'informations internes à des personnes étrangères au CHOR et notamment à des journalistes, à des agents d'assurance ou à des démarcheurs, est rigoureusement interdite.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

#### **Article 150: Témoignage en justice ou auprès des autorités de police sur des faits intéressant le fonctionnement du CHOR**

Tout agent du CHOR lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en prévenir son supérieur hiérarchique et le directeur avant et après avoir été auditionné.

### *Section 2 : Obligations à l'égard de la personne hospitalisée, du résident et des familles*

#### **Article 151 : Obligation de discrétion**

Conformément aux dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique :

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant... ».

Le respect de la vie privée recouvre les domaines suivants :

- les visites
- le courrier
- les communications téléphoniques
- les entretiens privés
- le droit à l'image
- l'intimité

### **Article 152 : Respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients et visiteurs**

Tout patient doit être respecté comme personne libre de ses opinions et de ses choix personnels.

Le personnel est tenu, à un strict devoir de neutralité et au respect du principe de laïcité : dans l'exercice de ses fonctions, il lui est notamment interdit de manifester ses croyances religieuses et de porter un signe distinctif destiné à marquer son appartenance à une religion.

Dans le respect de la réglementation et dans la limite des possibilités du CHOR, l'ensemble des personnels se mobilise pour que les demandes exprimées par les patients, la personne de confiance dans certains cas ou à défaut par les proches du patient soient entendues.

En matière mortuaire les familles des patients en fin de vie et des défunts se voient garantir la possibilité de procéder aux rites et cérémonies prévus par la religion de leur choix.

Dans le domaine religieux, les patients doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration, la visite du ministre du culte de leur choix.

Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet ne doit être exercée auprès des patients ou des visiteurs.

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

Les affichages, les mouvements et les réunions à caractère politique ou syndical sont proscrits dans les locaux utilisés par les usagers de l'Etablissement (perron, hall, couloirs, etc.).

### **Article 153 : Devoir de réserve et de neutralité**

Pendant le service, tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions.

Les agents s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents du CHOR.

Il est tenu, dans l'exercice de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public.

**Article 154 : Devoir d'information**

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du patient et des visiteurs dans le respect des obligations de secret et de discrétion professionnel et dans la limite de leurs attributions professionnelles. Ils participent ainsi à la transparence des décisions.

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

Dans chaque service, les médecins et les soignants reçoivent les familles des personnes hospitalisées dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

En l'absence d'opposition de la personne hospitalisée, 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 médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille sauf avis contraire de la personne hospitalisée.

Les personnels doivent aviser les familles ou les proches en temps utile des décisions importantes concernant le malade avant que la décision ait reçu exécution, sauf urgences médicales.

**Article 155 : Respect du confort des patients**

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

Le personnel doit être soucieux d'apporter une réponse de qualité aux besoins de la personne soignée et de son entourage.

Il a le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles relatives au secret et à la discrétion professionnelle.

Il veille à délivrer une information adaptée aux usagers dans les situations d'attentes.

D'une manière générale, il prend toute disposition, dans l'exercice de ses fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de l'établissement.

**Article 156 : Respect de la personne, de sa dignité et de son intimité**

L'intimité de la personne hospitalisée doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales, des traitements préopératoires, des radiographies, des brancardages, et d'une manière générale, à tout moment du séjour hospitalier.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du malade et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

**Article 157 : Interdiction de fumer**

Il est interdit de fumer ou vapoter à l'exception des endroits explicitement prévus à cet effet en extérieur.

**Article 158 : Consommation de boissons alcoolisées et/ou substances illicites sur le lieu de travail**

Il est interdit d'introduire et de consommer de l'alcool et/ ou substances illicites au sein du CHOR.

Dans le cas où un agent ayant consommé de l'alcool ou une drogue est manifestement hors d'état de travailler, le directeur peut le relever de ses fonctions, et l'adresser au médecin du travail pour apprécier son aptitude au travail.



**Article 159 : Conduite à tenir face à un agent en état d'ivresse ou d'ébriété**

Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse. (R.422821 du code du travail)

Tout agent confronté à une situation de crise ou de mise en danger en lien avec un état d'ivresse ou d'ébriété d'un agent incapable de tenir son poste de travail dans les conditions de sécurité pour lui et/ou ses collègues et/ou les patients est tenu d'en aviser sa hiérarchie dans les plus brefs délais.

**Article 160 : Respect du libre choix de la personne hospitalisée et des familles**

Dans le cas où la personne hospitalisée ou sa famille souhaite faire appel à une entreprise privée (ambulances, opérateurs funéraires, etc.) son libre choix doit être préservé.

**Article 161 : Identification du personnel**

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles, le personnel du CHOR en contact avec les patients ou les visiteurs, portent en évidence, pendant l'exécution de leur travail un badge avec un liseré de couleurs différentes selon la fonction occupée.

Ceci s'applique également aux personnels des associations intervenant au sein du CHOR.

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

L'identification de la qualité de chaque professionnel s'effectue aussi par le port des tenues fournies par le CHOR. Elles sont adaptées aux emplois et secteurs d'activité.

**Article 162 : Tenue vestimentaire et comportement**

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services du CHOR doivent adopter les tenues vestimentaires de travail adaptées à leurs emplois et secteurs d'activité. Les tenues du personnel sont la propriété du CHOR.

La tenue vestimentaire réglementaire doit être portée pendant toute la durée du service. Pour des raisons d'hygiène, les tenues sales doivent OBLIGATOIREMENT être déposées dans les sacs de linge sale du service afin qu'elles soient acheminées et traitées par le blanchisseur du CHOR. Il est strictement interdit d'amener les tenues chez soi.

Le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel.

Il en va de même à l'extérieur du Centre Hospitalier sauf si l'agent est dans l'exercice de ses fonctions.

La tenue est un élément du respect dû aux patients.

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

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

### *Section 3 : Obligations d'un exercice professionnel conforme au bon fonctionnement du service public hospitalier*

**Article 163 : Durée du travail**

La durée du travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles. Un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois (Cf. article 183 relatif à l'organisation du temps de travail).

Par ailleurs l'établissement a informatisé sa gestion du temps de travail (logiciel « OCTIME »™).

**Article 164 : Nécessités de service et Continuité du service**

Le CHOR assure une mission de service public hospitalier et il doit, à ce titre, organiser la permanence et la continuité des soins.

L'ensemble des activités nécessaires à son fonctionnement et à l'accueil des patients dans les conditions de sécurité requises doit être assuré sans discontinuité.

Chaque agent hospitalier participe à cette continuité de service.

Les agents de l'Établissement ne peuvent se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification d'horaires si les nécessités de service et le principe de continuité du service public l'imposent.

**Article 165 : Assiduité et ponctualité du personnel**

L'assiduité et la ponctualité du personnel médical et soignant, administratif, technique et ouvrier est une des conditions essentielles du bon fonctionnement du Centre Hospitalier.

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

Sauf cas de force majeure, l'agent dans l'impossibilité de prendre son service doit dans les meilleurs délais en informer son cadre ou au défaut son service.

En l'absence de relève, le personnel en place est tenu d'assurer la continuité des soins jusqu'à ce que le remplacement ait pu être organisé

**Article 166 : Obéissance hiérarchique**

Tout agent, 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. Le supérieur hiérarchique n'est pas dégagé de ses responsabilités par la responsabilité propre de ses subordonnés.

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 la consigne de réaliser ce travail ne peut s'y dérober au motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par dispositions législatives. Le travail demandé ne peut induire une infraction aux règles qui déterminent les champs de compétences des professionnels de la santé.

**Article 167 : Service minimum et assignation**

Le caractère du service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum.

Le service minimum est destiné à assurer le fonctionnement des services ne pouvant être interrompus, la sécurité physique des personnes, la continuité des soins et des prestations hôtelières aux patients et la conservation des installations et du matériel.

Pour satisfaire à cette obligation de service minimum, le directeur a le droit d'assigner des agents, jusqu'à atteindre l'effectif indispensable au fonctionnement du service en sécurité.

L'effectif minimum est arrêté par le directeur après avis du CTE. Les modalités d'application sont précisées dans un protocole en cas de grève.

Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation, sous peine de sanction.

**Article 168 : Information du supérieur hiérarchique de toutes difficultés et événements indésirables graves**

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant la prise en charge d'un patient ou tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler au moyen de la fiche de signalement des événements indésirables. Ce signalement est transmis à la direction de la qualité, gestion des risques et sécurité. Cette obligation n'absout pas l'agent de signaler sans délai son cadre et l'administrateur de garde les événements graves pouvant ou risquant de porter atteinte à l'intégrité ou à la sécurité des biens et des personnes.

**La direction s'engage à ne pas entamer de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aura spontanément et sans délai révélé un manquement aux règles de sécurité.**

En revanche, la non déclaration d'un événement indésirable grave pourrait entraîner une procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent.

**Article 169 : Exercice professionnel consacré au service public et dérogations**

Sauf cas prévus par les textes en vigueur, les agents de l'établissement, qu'ils soient titulaires, stagiaires de la fonction publique ou contractuels, à temps plein ou à temps partiel, ne sont pas autorisés à exercer, concomitamment à leur activité publique au sein du Centre Hospitalier, une activité professionnelle lucrative.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives aux cumuls ou l'exercice d'une activité libérale.

**Article 170 : Conservation en bon état des locaux, matériels et effets**

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

Des dégradations sciemment commises entraînent pour leurs auteurs, quelles que soit leur qualité ou leurs fonctions, l'obligation d'indemniser les dégâts causés, sans préjudice d'éventuelles poursuites devant les tribunaux compétents.

En cas de vols perpétrés par le personnel, l'agent concerné peut se voir réclamer par la direction le remboursement des frais de remplacement ou la restitution de l'objet dérobé, sans préjudice d'éventuelles sanctions disciplinaires ou pénales.

Le constat de la détérioration ou du vol est établi par le responsable du service (importance des dégâts, heure de survenue, éventuels témoins) et est transmis à la direction.

**Article 171 : Effets et biens personnels – responsabilité**

Chaque membre du personnel hospitalier est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, toute perte voire toute déprédation d'argent, valeurs ou objets divers dont les agents seraient victimes dans le cadre de leur exercice professionnel ne pourra être imputé à la responsabilité du CHOR.

**Article 172 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité**

Tous les agents exerçant au sein de l'Etablissement doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment porter en présence des patients, les tenues et accessoires de sécurité fournis par l'établissement.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'hôpital.

**Article 173 : Interdiction de réunions publiques**

Les activités politiques, philosophiques et religieuses du personnel ne doivent pas avoir cours à l'intérieur de l'hôpital.

**Article 174 : Accès réglementé des journalistes, démarcheurs, agents d'affaires**

Les professionnels informent immédiatement le directeur de la présence de journalistes, photographes, démarcheurs, agents d'affaires ou visiteurs médicaux qui pénètrent sans autorisation dans les services et chambres d'hospitalisation du CHOR dans l'intention d'y exercer leur activité.

*Section 4 : Désintéressement*

**Article 175: Interdiction de comportements vénaux dans le cadre de l'exercice professionnel**

Le service rendu au malade et à ses proches relèvent de la mission du service public hospitalier. L'agent du CHOR ne saurait avoir ni l'intention, ni entreprendre aucune manœuvre auprès du patient et de sa famille qui aboutirait à lui procurer un gain ou un quelconque avantage. En cas contraire, il serait passible de sanction disciplinaire et / ou pénale.

Le personnel du CHOR n'est pas davantage autorisé à accepter des gratifications en nature ou en espèce en échange des services qu'il a rendus au patient.

**Article 176: Indépendance des agents**

Aucun membre du personnel du CHOR ne peut avoir des intérêts de nature à compromettre son indépendance dans une entreprise en relation avec son service ou avec le CHOR.

Il est interdit à l'ensemble du personnel du CHOR de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

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

**Article 177: Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés au sein du CHOR**

Aucun agent du CHOR ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des patients ou trouvés au sein du CHOR. Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur du CHOR.

Les professionnels sont tenus d'informer les patients de cette procédure de façon à anticiper les besoins de retrait au coffre dans les heures d'ouverture de bureau et de façon exceptionnelle le samedi et dimanche lors de sortie définitive du patient.

## Titre 2 : DROITS DES PERSONNELS

### *Section 1 : Les garanties en qualité de citoyen*

#### **Article 178 : Liberté d'opinion et d'expression – principe de non-discrimination**

Les agents du CHOR sont libres de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses. Celles-ci ne font l'objet d'aucune mention aux dossiers des agents et ne doivent avoir aucune influence sur leur carrière.

La liberté de conscience et d'opinion est garantie aux agents de l'Etablissement mais la liberté d'expression n'est pas absolue et les agents publics sont tenus à une obligation de réserve, d'obéissance et devoir de neutralité.

Aucune distinction, directe ou indirecte ne peut être faite entre les agents en raison de leur opinion politique, syndicale, philosophique ou religieuse, de leur origine, de leur sexe ou de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, ou de leur apparence physique, ou de leur appartenance.

Toutefois, des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

De même, le dossier individuel de tout fonctionnaire ne doit comporter aucune mention faisant état des opinions ou des activités politiques, syndicales, religieuses ou philosophiques de l'intéressé.

#### **Article 179 : Égalité du traitement**

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents en raison de leur sexe.

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

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

#### **Article 180 : Protection contre le harcèlement sexuel et moral**

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

- Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés dans les articles 6 et suivants de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant titre 1er du statut général des fonctionnaires.
- 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.

Aucun agent ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral ou sexuel 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.

### *Section 2 : Les garanties en qualité d'agent*

#### **Article 181 : Accueil et intégration des nouveaux agents au CHOR**

Un livret d'accueil du personnel est remis à tout agent lors de sa prise de fonction initiale au CHOR.

Tout agent nouvellement nommé dans l'établissement doit recevoir une information relative à l'organisation, aux activités, aux modes de fonctionnement, aux instances représentatives et spécialisées, à l'organigramme de direction du CHOR. Il est informé des droits et services auxquels il peut prétendre et des devoirs qui lui incombent au titre d'agent de l'établissement.

A cet effet, la prise de connaissance du présent règlement intérieur doit lui être proposée et facilitée. Par ailleurs, une journée d'information est organisée à l'initiative de la Direction des Ressources Humaines au moins une fois par an. Tout agent arrivant est en droit d'attendre de la part du cadre et de ses nouveaux collègues un accueil ouvert et informatif. Le service s'organise de manière à lui garantir les conditions d'une intégration effective et réussie.

#### **Article 182 : Droit à rémunération**

Les agents du CHOR ont droit après « service fait » à une rémunération comprenant le traitement, le supplément familial de traitement, ainsi que les indemnités et/ ou les primes instituées par un texte législatif ou réglementaire. Les agents titulaires sont affiliés à des régimes spéciaux de retraite et de sécurité sociale. Les agents non titulaires sont affiliés à un régime de protection sociale spéciale relevant du régime général et de l'IRCANTEC.

Le maintien du traitement, notamment en cas de maladie, congé maternité, accident du travail ou maladie professionnelle est déterminé par la loi et les textes d'application subséquents.

#### **Article 183 : Dispositions relatives à l'organisation du temps de travail**

Les diverses dispositions prises relatives à l'organisation du temps de travail sont rassemblées dans le guide du temps de travail disponible dans tous les services et à la direction des ressources humaines, ainsi que sur l'outil institutionnel de gestion documentaire.

#### **Article 184 : Droit à congés**

Les agents du CHOR ont droit à des congés annuels, des congés maladie, des congés maternité, des congés liés aux charges parentales, des congés de formation professionnelle, des congés de formation syndicale.

Au préalable, les agents devront s'assurer de l'accord de leur cadre ou responsable.

#### **Article 185 : Autorisations d'absence**

Des autorisations spéciales d'absence, n'entrant pas en compte dans le calcul des congés annuels, sont accordées, sous réserve des nécessités de service, notamment pour raisons syndicales, électorales ou familiales. Ces autorisations sont généralement rémunérées.

#### **Article 186 : Droit à la formation**

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux agents de l'Etablissement. Ces derniers peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers.

Les actions de formation s'inscrivent en priorité dans le plan de formation annuel établi par l'Etablissement. Le plan de formation vise à assurer la nécessaire adaptation des services à l'évolution des techniques et des besoins de soins, à favoriser le développement des qualifications professionnelles et la promotion sociale de ses agents.

Tout agent bénéficie par ailleurs 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 en fonction des possibilités budgétaires de l'Établissement et des priorités institutionnelles. L'Établissement prend en charge les frais de formation.

#### **Article 187 : Droit à des conditions d'hygiène et de sécurité**

Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique et psychiques doivent être assurées aux fonctionnaires et aux agents publics durant leur travail.

#### **Article 188 : Conditions d'exercice du droit de retrait**

Tout agent a la possibilité de se retirer d'une situation de travail, dès lors qu'il existe un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger, grave et imminent, pour sa vie ou sa santé. Le droit de retrait permet alors à l'agent concerné de n'encourir aucune sanction, ni aucune retenue de traitement.

Le travail peut être pénible ou comporter certains risques sans pour autant présenter une situation de danger susceptible de provoquer immédiatement un arrêt long et justifier la mise en œuvre du droit de retrait.

Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent.

L'agent signale immédiatement au directeur ou à son représentant toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger, grave et imminent, pour sa vie ou sa santé, ainsi que toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection.

Le directeur ou son représentant informe le Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T.). Le directeur ou son représentant ne peut demander à l'agent de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent.

Le directeur prend les mesures et donne les instructions nécessaires pour permettre aux travailleurs, en cas de danger grave, imminent et inévitable, d'arrêter leur activité et de se mettre en sécurité en quittant immédiatement le lieu de travail.

Si un représentant du personnel au C.H.S.C.T. constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un agent qui s'est retiré de la situation de travail défini ci-dessus, il en avise immédiatement le directeur ou son représentant et il consigne cet avis par écrit sur le registre réglementaire prévu à l'article 186 ci-dessous. Le directeur ou son représentant est tenu de procéder sans délai à une enquête avec le membre du C.H.S.C.T. ayant signalé le danger et de prendre les dispositions nécessaires pour y remédier.

En cas de divergence sur la réalité du danger ou la façon de le faire cesser, le C.H.S.C.T. est réuni d'urgence et, en tout état de cause, dans un délai n'excédant pas 24 heures. En outre, le directeur est tenu d'informer immédiatement l'inspecteur du travail et l'agent du service de prévention de la C.R.A.M. qui peuvent assister à la réunion du C.H.S.C.T. A défaut d'accord entre le directeur et la majorité du C.H.S.C.T. sur les mesures à prendre et leurs conditions d'exécution, l'inspecteur du travail est saisi immédiatement par le directeur ou son représentant. Il met en œuvre, le cas échéant, les procédures prévues à cet effet dans le code du travail.

#### **Article 189 : Déclaration d'un danger grave et imminent**

Un registre spécial destiné au signalement d'un Danger Grave et Imminent (DGI) par un membre du C.H.S.C.T. est mis à disposition des représentants du personnel au secrétariat de la direction générale.

#### **Article 190 : Maladies professionnelles et accident de travail**

La déclaration d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle doit être faite dans les 48 heures suivant les faits ou la connaissance des faits, pour assurer à l'agent une prise en charge par

l'employeur des frais et des traitements liés aux éventuelles absences, dans le cadre de la réglementation en vigueur.

#### **Article 191 : Prise en charge des frais de soins**

Les fonctionnaires hospitaliers en activité, qui sont hospitalisés dans l'établissement public de santé dans lequel ils sont en fonction, bénéficient de la part de cet établissement employeur de la prise en charge pendant une durée maximum de six mois des frais d'hospitalisation non remboursés par les organismes de sécurité sociale.

Ils ont droit en outre à la gratuité des soins médicaux qui leur sont dispensés dans l'établissement où ils exercent ainsi que de la gratuité des produits pharmaceutiques qui leur sont délivrés pour leur usage personnel par la pharmacie de l'établissement, sur prescription d'un médecin de l'établissement.

Pour une hospitalisation dans un établissement autre que celui où le fonctionnaire est en fonction, cette charge ne pourra être toutefois assumée qu'en cas de nécessité reconnue par un médecin désigné par l'administration de l'établissement employeur ou sur présentation d'un certificat délivré par l'administration de l'établissement où l'intéressé a été hospitalisé et attestant l'urgence de l'hospitalisation.

L'établissement ou la collectivité publique dont il relève est subrogé dans les droits que détient le fonctionnaire du fait de son affiliation à un régime de sécurité sociale.

#### **Article 192 : Droit à la protection fonctionnelle**

Les agents publics du CHOR bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection fonctionnelle organisée par celui-ci dans le respect de la réglementation en vigueur (article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983).

Lorsqu'un agent a été poursuivi en justice par un tiers pour faute de service, l'établissement couvre et prend en charge les condamnations civiles prononcées contre lui. Cette protection n'est pas due en cas de faute personnelle détachable de l'exercice des fonctions.

Le CHOR accorde sa protection à l'agent qui fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

L'établissement protège l'agent public contre les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, violences, injures, diffamations ou outrages dont il pourrait être victime à l'occasion de ses fonctions sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputé. Le CHOR répare, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté. Le CHOR prend en charge les frais d'avocats et de justice, à la condition que l'agent ait lui-même porté plainte au préalable.

#### **Article 193 : Droit d'accès à son dossier administratif**

Tout agent a accès à tous les éléments qui composent son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Les demandes doivent être adressées à la Direction des Ressources Humaines.

L'agent peut obtenir copie de documents issus de son dossier moyennant une participation financière.

#### **Article 194 : Droit à la mobilité**

L'accès aux différentes fonctions publiques et leur mobilité au sein de chacune d'elles sont une garantie du fonctionnaire.

L'obligation de déclarer les postes vacants pour les offrir à la mutation ou au détachement permet de garantir ce droit à la mobilité.



**Article 195 : Droit à l'évaluation et notation**

Chaque agent a droit à une évaluation annuelle.

Le pouvoir de fixer les notes et appréciations générales exprimant la valeur professionnelle des fonctionnaires est exercé par le directeur du CHOR ou son représentant, après avis du ou des supérieurs hiérarchiques.

Les commissions administratives paritaires ont connaissances des notes et appréciations. A la demande de l'intéressé elles peuvent en proposer la révision.

**Article 196 : Droit à l'avancement**

Les agents titulaires du CHOR ont droit à un déroulement de carrière au sein de leurs corps, à l'avancement d'échelon, à l'avancement de grade, voire au changement de corps conformément à la réglementation

**Article 197: Droit de recours des décisions**

Les agents du CHOR peuvent contester les décisions de l'administration par un recours gracieux auprès du directeur et/ou par recours contentieux devant le tribunal administratif de St-Denis, dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision.

**Article 198 : Exercice du droit syndical**

L'exercice du droit syndical est garanti aux agents du CHOR. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

Les représentants du personnel participent à différentes instances telles que le conseil de surveillance, le Comité Technique d'Etablissement (CTE), le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et les Commissions Administratives Paritaires (CAP).

L'exercice du droit syndical s'inscrit dans le respect des nécessités de services, ainsi que des principes de continuité et neutralité du service public.

Les conditions d'exercice du droit syndical sont établies par le protocole d'accord relatif à l'exercice du droit syndical négocié entre le directeur et les organisations syndicales représentées au sein de l'Etablissement.

**Article 199 : Affichage des documents d'origine syndicale**

Le CHOR réserve des emplacements spéciaux pour l'affichage des informations de nature syndicale. L'affichage est interdit en dehors de ces emplacements spécifiques.

Un exemplaire des documents affichés est transmis à la direction du CHOR préalablement à cet affichage.

**Article 200 : Distribution des documents d'origine syndicale**

Les publications de nature syndicale peuvent être librement distribuées dans l'enceinte du CHOR à condition que cette diffusion soit organisée en dehors des locaux publics destinés à l'accueil des usagers et sans constituer de gêne pour les patients, leurs familles ou les visiteurs. Les publications ainsi diffusées doivent être préalablement communiquées au directeur du CHOR pour information.

Les patients et visiteurs du CHOR doivent être tenus à l'écart des mouvements à caractère syndical du personnel hospitalier susceptibles d'apparaître au CHOR.

**Article 201 : Collecte des cotisations syndicales**

Les cotisations syndicales peuvent être collectées à condition que cette collecte soit organisée en dehors des locaux publics destinés à l'accueil des usagers et qu'elle ne porte pas atteinte au bon fonctionnement des services du CHOR.

**Article 202 : Réunions statutaires ou d'information**

Les organisations syndicales sont autorisées à tenir des réunions d'information à l'intérieur du CHOR à condition que ces réunions soient organisées en dehors des locaux publics destinés à l'accueil des usagers et qu'elles ne portent pas atteinte au bon fonctionnement des services hospitaliers. Ces réunions peuvent se tenir mensuellement, à raison d'une heure par mois ou trimestrielle, à raison de 3 heures pour le trimestre.

Dans tous les cas, une information préalable est transmise au directeur du CHOR.

**Article 203 : Le droit de grève**

Les agents du CHOR bénéficient du droit de grève dans les conditions prévues par la loi, dans la mesure où cet exercice ne compromet pas la continuité du service public hospitalier.

Les personnels sont tenus de se conformer, comme indiqué dans le présent règlement, à l'assignation éventuellement prononcée par le directeur du CHOR pour assurer un service minimum. A défaut, ils s'exposent à une sanction disciplinaire.

**Article 204 : Services à la disposition des personnels**

- Restauration sur place

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas de midi sur place dans un lieu spécialement réservé à cet effet au CHOR

- Blanchisserie

La fourniture aux personnels de leurs tenues de travail réglementaires, l'entretien et le remplacement de celles-ci sont assurés par le CHOR.

- Vestiaires

Un vestiaire est mis à la disposition de chaque agent des services de soins, médicotechnique et d'hébergement qui peut y déposer ses effets et objets personnels.

En cas de vol, de perte ou de dégradation de ces effets et objets, la responsabilité de l'établissement ne saurait être mise en cause.

**Article 205 : Amicale du personnel**

Au sein de l'établissement, l'association de l'Amicale du Personnel, subventionnée par le COGHOR propose aux agents différents services et activités sportives et culturelles.

**Article 206 : Comité de gestion des Œuvres Sociales**

Les agents du CHOR disposent au sein de l'établissement d'une antenne du COGHOR.

**Article 207 : Service de santé au travail**

Un service de Santé au Travail dirigé, par un Médecin du travail, est chargé des actions de santé au travail (visites médicales, conditions de travail).

Les agents ont la possibilité de rencontrer un psychologue du travail.

## CHAPITRE V : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE

### Titre 1 : Nature et opposabilité des règles de sécurité

#### **Article 208 : Nature des règles de sécurité**

Les règles de sécurité qui vise à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle doivent être en permanence proportionnées aux besoins du CHOR.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le directeur édicte ces règles par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit. Il veille au respect des règles de sécurité du fonctionnement de l'hôpital et coordonne leur mise en œuvre.

#### **Article 209 : Opposabilité des règles de sécurité**

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers.

Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

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

### Titre 2 : La sécurité générale

#### **Article 210 : Accès à l'établissement**

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le directeur qui, le cas échéant, peut prendre, dans l'intérêt général, les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

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

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux.

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire à l'hôpital tous produits dangereux ou prohibés par la loi, animaux, alcool, etc.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'équipe soignante qui les remettra au directeur ou l'administrateur de garde.

Les autorités de police sont informées par le directeur ou son représentant de ce dépôt et sont invitées à en prendre possession. L'identité des détenteurs desdits objets n'est pas précisée, sauf réquisition judiciaire et application de l'article 40 du Code de procédure pénale.

### **Article 211 : Calme et tranquillité au sein de l'établissement**

Toute personne, et particulièrement tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'hôpital est invité à mettre un terme à ce trouble.

S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement.

Tout agent de l'établissement participe, dans la limite de ses moyens et de ses attributions, à la sécurité générale de l'établissement.

### **Article 212 : Personnel de sécurité**

En cas de problèmes de sécurité, tous les personnels assurant la sécurité interviennent et exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect du statut de la fonction publique hospitalière et des textes pris pour son application.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par les articles 223-6 du Code Pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril), 73 du Code de Procédure Pénale (crime ou délit flagrant) et 122-5, 122-6 et 122-7 du Code Pénal (légitime défense ou état de nécessité).

Ils interviennent dans les services de soins à la demande des personnels en situation de danger ou à la demande du Directeur de l'hôpital ou de son représentant.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité.

Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive.

Ils peuvent retenir aux sorties de l'hôpital durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent ou de mesures exceptionnelles (état d'urgence...), ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder à l'ouverture d'une armoire ou à des investigations, ni à l'inspection du contenu des sacs et du véhicule particulier.

L'ouverture d'un vestiaire est soumise à une décision du Directeur de l'établissement en cas de circonstances exceptionnelles et à la présence ou l'accord des intéressés.

### **Article 213 : Matériels de sécurité générale**

Du matériel de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique est en place au sein de l'établissement.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Le visionnage des bandes enregistrées par le système de vidéosurveillance a posteriori ne se fait que sur décision du directeur après demande écrite.

### **Article 214 : Local vagemestres**

Le courrier circulant dans l'établissement est confié aux vagemestres. L'accès à ce local est interdit à toute personne étrangère au service.

## **Titre 3 : Sécurité des biens et des personnes**

Les agents témoins ou pris à partie, lors d'intrusion ou de comportement violent et non maîtrisable, doivent alerter le cadre ou le responsable de service ; l'information est faite auprès du directeur ou administrateur de garde si besoin pour décision utile.

### **Article 215 : Sécurité et protection des personnels**

Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis de l'institution, de ses personnels et usagers.

Le CHOR assure en cas de menaces, de violences, de voies de fait, d'injures, de diffamations ou d'outrages la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leur fonction.

Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires.

Les victimes de dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur ou son représentant porte plainte pour les dommages subis par le CHOR.

### **Article 216 : Règles de responsabilité**

La mise en œuvre par le CHOR de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient ou non identifiés.

Les agents, victimes de dommage de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel avant toute action de l'établissement ; le Directeur porte plainte pour les dommages subis par le CHOR qu'il représente, et peut se porter partie civile en cas d'affaire pénale concernant les faits de violence perpétrés à rencontre du personnel.

Sous réserve des dispositions du 4ème alinéa de l'article 121-3 du code pénal, les agents ne peuvent être condamnés sur le fondement du 3ème alinéa de ce même article pour des faits non intentionnels commis dans l'exercice de leurs fonctions que s'il est établi qu'ils n'ont pas accompli les diligences normales compte tenu de leurs compétences, du pouvoir et des moyens dont ils disposaient ainsi que des difficultés propres aux missions que la loi leur confie.

### **Article 217 : Circonstances exceptionnelles**

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

Le C.H.S.C.T. en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le Directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation.

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

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

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

L'accueil d'un nombre élevé de malades ou blessés fait l'objet d'un document séparé intitulé « plan blanc ».

### **Article 218 : Sécurité incendie**

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

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

Il doit être formé à l'exécution de consignes très précises en vue de limiter l'action du feu et d'assurer l'évacuation des usagers. Tout le personnel doit être entraîné à la manœuvre des moyens d'extinction. Le règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux établissements recevant du public stipule que du personnel doit être spécialement désigné et entraîné à la mise en œuvre des moyens de secours dans un établissement de 2ème catégorie comme le CHOR.

L'interdiction de fumer dans l'ensemble des locaux du CHOR est générale, à l'exception des chambres du secteur personnes âgées, conformément à la réglementation en vigueur.

### **Article 219 : Devoir de formation continue à la sécurité incendie et aux gestes d'urgence vitales**

L'ensemble des personnels du CHOR, de service de jour comme de service de nuit, a l'obligation de suivre les formations à la sécurité incendie, aux gestes d'urgences vitales qui lui sont attribuées et organisées par l'établissement.

## **Titre 4 : La circulation et le stationnement automobile**

### **Article 220 : Voies de circulation**

Les voies de dessertes établies dans l'enceinte de chaque site du CHOR 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.

### **Article 221 : Règles de circulation**

Les dispositions du code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte du CHOR. La vitesse y est limitée à 15 km/h.

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

Le CHOR dispose d'un plan de circulation qui matérialise les voies de circulation, les accès pour les différentes catégories d'usagers de l'établissement dont ceux des véhicules des pompiers.

### **Article 222 : Stationnement**

Le stationnement dans l'enceinte du CHOR est interdit en dehors des emplacements matérialisés.

Certaines voies d'accès, réservées pour l'intervention des secours extérieurs, sont signalées ; aucun stationnement n'est toléré sur ces voies ainsi que sur les zones matérialisées au sol par des zébrures jaunes et blanches.

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

### **Article 223 : Responsabilité**

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

Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du CHOR, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de dégradations.

### **Article 224 : Sanctions par rapport au stationnement**

La direction du CHOR se réserve le droit de faire appel aux forces de polices, ou de faire déplacer elle-même, sans mise en demeure, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et de manière générale, compromettrait le fonctionnement du Service public hospitalier. Il en est de même de tout véhicule

abandonné ou à l'état d'épave, après en avoir avisé le propriétaire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

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

## Titre 5 : Rapport avec les autorités

### **Article 225 : Rapports avec l'autorité judiciaire**

Le directeur ou son représentant informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte. D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient maintenus en l'état. Tout agent public doit coopérer avec le directeur dans l'exercice de ces responsabilités, sous réserve du respect du secret médical.

### **Article 226 : Rapports avec les autorités de police**

Le directeur, en sa qualité de représentant légal du CHOR, a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. En principe, le Directeur ou son représentant, administrateur de garde, décide s'il y a ou non lieu de demander une intervention de police au sein du CHOR, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas de danger avéré et imminent, le personnel du CHOR doit appeler directement les forces de police. Le service hospitalier concerné prévient également le Directeur ou l'administrateur de garde. En cas d'enquête d'intervention des autorités de police ou d'enquête de police judiciaire, le Directeur de l'hôpital ou son représentant doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette intervention ou cette enquête interviennent. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte de la personne hospitalisée et d'une manière générale des droits du citoyen.

## Titre 6 : Sécurité du système d'information

### **Article 227 : Sécurité et confidentialité des données numériques**

Le bon fonctionnement du système d'information hospitalier impose des règles strictes pour assurer la sécurité et la confidentialité des données numériques.

Ces règles sont précisées dans la « politique de sécurité et de confidentialité du système d'information », **en annexe 6**.

Au quotidien, des règles d'habilitation et d'usage du DPI ont été définies par la cellule habilitation. Les agents hospitaliers ne sont autorisés qu'à consulter les dossiers des patients dont ils ont la charge et pour les seules missions qui leur incombent, conformément aux décrets de compétence.

Des contrôles des accès sont réalisés. Des sanctions sont prononcées en cas de comportement déviant.

Les patients sont informés que les données les concernant sont informatisées. Ils ont le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement informatisés de ces données. Dans ce cas, une traçabilité papier doit être mise en œuvre. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit. Ainsi, en application de la Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (CNIL), les patients disposent d'un

droit d'accès aux informations les concernant, traitées par informatique, ainsi qu'un droit de rectification de ces données nominatives.

#### **Article 228 : Utilisation de l'outil informatique**

En situation de travail, chaque agent doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication, en particulier les dispositions de la loi informatique et libertés.

Il doit en particulier prendre connaissance et respecter la charte d'utilisation du système d'information informatisé et de bon usage de l'outil informatique de l'Etablissement (**Cf. annexe 7**).

Cette charte décrit les droits et les devoirs de chaque agent dans l'utilisation de l'outil informatique. Elle prévoit des dispositions permettant de s'assurer que les règles de bon usage de l'outil informatique sont respectées. Elle énumère également les actions susceptibles d'être menées sur les postes de travail informatiques des agents en cas de suspicion d'un usage illicite de l'outil informatique au regard des dispositions contenues dans la charte d'utilisation du système d'information informatisé.

La charte d'utilisation du système d'information doit être signée par tout membre du personnel de l'établissement à son arrivée.

### **Titre 7 : Gestion des crises**

#### **Article 229 : Politique Qualité et gestion des risques**

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la Qualité et la sécurité et protéger la santé des patients et des autres personnes. A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, il définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées.

Il informe régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention.

Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires. Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des mesures qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt. Dans ce cadre il est mis en place au CHOR une cellule Qualité, Gestion des Risques et Droits des Usagers.

#### **Article 230 : Les relations avec les usagers et la mesure de la satisfaction**

Plusieurs outils sont utilisés :

- Le questionnaire de sortie qui est distribué dans les unités de soins et dont le taux de retour augmente régulièrement.
- Une enquête auprès d'un échantillon de patients ayant été hospitalisée, dans le cadre de l'enquête conduite au niveau national (e-Satis).
- Le recueil et l'analyse des réclamations et plaintes dans le cadre de la Commission des usagers, en collaboration avec les représentants des usagers.
- Des enquêtes de satisfaction spécifiques, ponctuelles, sont organisées à la demande des secteurs d'activités.

L'ensemble des résultats est présenté aux différentes instances de l'institution et conduit à mettre en œuvre des plans d'action adaptés.

#### **Article 231 : Amélioration des pratiques professionnelles (APP)**

Chaque secteur d'activité clinique et médico-technique conduit des actions d'évaluation des pratiques professionnelles en vue d'améliorer le service rendu aux patients. L'ensemble des actions d'APP



impliquant les personnels médicaux et paramédicaux est coordonné au sein d'un programme d'établissement piloté par la commission APP. Cette instance définit les orientations transversales de ce programme et veille au suivi et à la valorisation des actions engagées.

**Article 232 : Circonstances exceptionnelles, crise sanitaire**

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le directeur 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.

En cas d'afflux massif de victimes et de façon plus générale face à une situation d'urgence sanitaire ou de crise, un Plan blanc est mis en place au CHOR.

Hormis les cas de déclenchement par le Préfet, le plan blanc est déclenché par le directeur ou l'administrateur de garde, à la demande du médecin responsable des urgences. Il prévoit, sous forme de fiches réflexes, les rôles coordonnés des différents intervenants.

En cas de cyclone le CHOR dispose et met en œuvre, sur instruction des services préfectoraux le plan ORSEC et le plan cyclone.

Dans le cadre du plan Vigipirate, applicable dans les établissements de santé, il y a lieu d'exercer une vigilance accrue dans l'application des mesures de sécurité à mettre en œuvre dans les lieux appelés à recevoir du public.

## CHAPITRE VI : APPROBATION - OPPOSABILITE ACTUALISATION DU REGLEMENT INTERIEUR

### **Article 233 : Approbation du Règlement Intérieur**

Le présent règlement intérieur est arrêté par le directeur du CHOR après concertation avec le directoire et avis du Conseil de Surveillance, de la commission médicale d'établissement, du CHSCT et du comité technique d'établissement.

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) est informée.

### **Article 234 : Publicité et entrée en vigueur**

Le présent règlement intérieur entre en vigueur pour une période indéterminée dès sa signature par le directeur de l'Etablissement.

### **Article 235 : Mise à disposition du règlement intérieur**

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

Il sera également possible de le consulter sur le site web de l'établissement ou sur l'intranet avec sécurisation.

### **Article 236 : Modifications, révision du Règlement Intérieur**

Le présent règlement intérieur sera régulièrement actualisé en fonction des évolutions législatives ou réglementaires.

Toute modification substantielle du règlement intérieur fera l'objet d'une concertation selon les mêmes formes mentionnées ci-dessus avant d'être arrêtée par le Directeur.

### **Article 237 : Opposabilité**

Le présent règlement est opposable au personnel, aux usagers, aux visiteurs et de façon générale à toute personne venant dans les locaux du CHOR.

Le Directeur,  
  
  
Laurent BIEN

## CHAPITRE VII : ANNEXES

Annexe 1 : Règlement intérieur de la CME

Annexe 2 : Règlement intérieur de la CSIRMT

Annexe 3 : Règlement intérieur du CTE

Annexe 4 : Règlement intérieur du CHSCT

Annexe 5 : Règlement intérieur des CAPL (en cours de finalisation)

Annexe 6 : Politique de sécurité et de confidentialité du système d'information (*en cours de finalisation*)

Annexe 7 : Charte d'utilisation des moyens informatiques du CHOR