Centre hospitalier d'Ardèche méridionale

# RÈGLEMENT INTÉRIEUR

## du Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale

**Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale**
14-16 Avenue de Bellande – BP 50146 07205 AUBENAS CEDEX
Tél : **04 75 35 60 60** – direction@ch-ardeche-meridionale.fr
www.ch-ardeche-meridionale.fr

N° FINESS : 070005566
N° SIREN : 200011385

Version : 12/2021

# AVANT PROPOS

Le règlement intérieur du centre hospitalier d'Ardèche méridionale est arrêté en application du Code de la Santé Publique et notamment son article L.6143-1.

Le règlement intérieur définit les règles de fonctionnement spécifiques à l'établissement concernant l'organisation administrative et médicale, les dispositions relatives aux personnels médicaux et non médicaux et aux usagers.

Son contenu est conforme aux dispositions législatives et réglementaires du code de la santé publique. Le règlement intérieur rappelle :

- les droits et devoirs des patients, des résidents et des usagers (visiteurs inclus)
- les droits et obligations des personnels médicaux et non-médicaux, les conditions réglementaires de travail et les dispositions concernant les règles de conduite dans l'établissement.
- les règles internes relatives à la sécurité, la gestion des risques, la communication.

Il est tenu à la disposition des patients, des résidents et des usagers (visiteurs inclus) des personnels et de toute personne qui en formule la demande auprès de la Direction ou auprès de l'encadrement. Il est téléchargeable sur le site internet du CHArMe www.ch-ardeche-meridionale.fr.

Il est réactualisé dès que des évolutions réglementaires et/ou institutionnelles le nécessitent.

# SOMMAIRE

**AVANT PROPOS** ..... **2**

**SOMMAIRE** ..... **3**

**PRÉAMBULE** ..... **4**

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE LA DIRECTION COMMUNE ..... 4

PÉRIMÈTRE ..... 6

**PREMIÈRE PARTIE : L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CENTRE HOSPITALIER D'ARDÈCHE MÉRIDIONALE** ..... **7**

SECTION 1 : LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE SUD DROME ARDÈCHE ..... 7

SECTION 2 : LE CONSEIL DE SURVEILLANCE ..... 8

SECTION 3 : LE DIRECTEUR ET LE DIRECTOIRE ..... 14

SECTION 4 : LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT (CME) ..... 18

SECTION 5 : LE COMITÉ TECHNIQUE D'ÉTABLISSEMENT (CTE) ..... 26

SECTION 6 : LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES (CSIRMT) ..... 29

SECTION 7 : LA COMMISSION DES USAGERS (CDU) ..... 31

SECTION 8 : LE COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT) ..... 32

SECTION 9 : LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE ..... 34

**DEUXIÈME PARTIE : L'ORGANISATION MÉDICALE DU CENTRE HOSPITALIER D'ARDÈCHE MÉRIDIONALE** . **36**

SECTION 10 : L'ORGANISATION MÉDICALE DU CHARME ..... 36

**TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS, RÉSIDENTS, VISITEURS ET ACCOMPAGNANTS** ..... **41**

SECTION 11 : DEMARCHE QUALITE ET DROITS DES PATIENTS ..... 41

SECTION 12 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS HOSPITALISÉS, AUX CONSULTANTS EXTERNES ET AUX RÉSIDENTS ..... 49

SECTION 13 : SECOURS D'URGENCE ET SITUATIONS DE CRISE ..... 59

SECTION 14 : CONDITIONS GÉNÉRALES DE SÉJOUR ..... 62

SECTION 15 : LE DÉCÈS D'UN PATIENT HOSPITALISÉ ..... 70

SECTION 16 : DISPOSITIONS RELATIVES À LA SECURITE DES USAGERS ET A LA GESTION DES RISQUES ..... 74

**QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS** ..... **77**

SECTION 17 : DROITS DES PROFESSIONNELS LIÉS À L'EXERCICE DE LEURS FONCTIONS ..... 77

SECTION 18 : DEVOIRS ET OBLIGATIONS DES PROFESSIONNELS DANS LE CADRE DE L'EXERCICE DE LEURS FONCTIONS . 79

SECTION 19 : DISPOSITIONS APPLICABLES AUX PROFESSIONNELS AFIN DE GARANTIR LE RESPECT DES PATIENTS ..... 84

**CINQUIÈME PARTIE : DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES À L'USAGE EN COMMUN DES LOCAUX** ..... **87**

**LISTE DES ANNEXES** ..... **89**

# PRÉAMBULE

Sauf mention contraire, les articles cités dans ce règlement intérieur sont tirés du Code de la santé publique (CSP).

Le présent règlement intérieur s'applique au Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale, indifféremment désigné sous cette raison juridique complète, sous son acronyme (CHARME), ou sous l'abréviation CH.

## PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE LA DIRECTION COMMUNE

Le centre hospitalier d'Ardèche méridionale est issu de la fusion en 2008 du CH d'Aubenas et du CH de Vals-les-Bains.

Depuis 2014, une direction commune est mise en place avec le CH Rocher-Largentière et l'EHPAD *Chalambelle* de Burzet.

***Le Centre Hospitalier met à disposition une offre de soins complète :***

- **Médecine** : cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, neurologie, diabétologie, pédiatrie, néphrologie-hémodialyse, oncologie, soins de suite et de réadaptation polyvalents et spécialisés, centre de santé, addictologie…
- **Chirurgie** : chirurgie viscérale, urologique, ORL, orthopédique et traumatologique, gynécologique, ophtalmologie, chirurgie esthétique et réparatrice…
- **Prise en charge de la mère et de l'enfant** : maternité, service de pédiatrie et de néonatologie
- **Gériatrie** : équipe mobile, court séjour de gériatrie, consultations de gériatrie et consultations-mémoire, soins de suite et de réadaptation spécialisés, EHPADs
- **Soins continus**
- **Service d'Accueil des Urgences** (SAU) et **Hospitalisation de Courte durée**
- **Un plateau médico- technique complet** : laboratoire, pharmacie à usage intérieur, imagerie, - Des équipes transversales : en addictologie, en soins palliatifs, en gérontologie
- L'établissement se compose également d'un **Institut de formation en soins infirmiers et d'aides-soignants**, autorisé par la région Auvergne-Rhône-Alpes à dispenser la formation d'infirmier(e) et la formation d'aide-soignant(e).

### Missions

*(Art. L6111-1 du CSP - Article L6111-2)*

Le centre hospitalier d'Ardèche méridionale a pour mission :

- En tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, D'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé,
- De délivrer les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles,
- De participer 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, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent,

- De participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,
- Il mène, en son sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale.
- D'élaborer et de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à son activité.

Le projet d'établissement du centre hospitalier d'Ardèche méridionale est le socle commun sur lequel l'ensemble des professionnels et usagers peuvent s'appuyer. À ce titre, en tant qu'établissement public de santé, le projet d'établissement du CHARME caractérise son attachement aux valeurs de service public par les éléments suivants :

- L'égalité (notamment l'égal accès à des soins de qualité),
- La neutralité qui inclut la laïcité,
- La continuité du service public qui impose au centre hospitalier d'assurer 24h/24, 7/7j l'accueil et la prise en charge des usagers, quelles que soient les contraintes auxquelles il est soumis,
- Le respect de la dignité,
- L'amélioration permanente de la qualité et de la sécurité des soins.

L'établissement est également doté d'un projet médical d'établissement élaboré par le directeur et le président de la Commission Médicale d'Établissement.

Le CHARME s'adapte aux besoins et aux circonstances dans la façon dont les soins sont organisés. Si cela est nécessaire, il est procédé à des mutations ou à des réorganisations, ce dans l'intérêt général.

Par ailleurs, le CHARME garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ses missions, la prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus par le code de la sécurité sociale.

## Moyens

Pour remplir sa mission et mettre en œuvre son projet d'établissement, le Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale dispose notamment des services d'hospitalisation et d'accueil médico-social :

- suivant leurs différentes modalités (complète, à temps partiel, à domicile),
- dans différentes spécialités (médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suites et de réadaptation et EHPAD),
- comprenant toutes les étapes du parcours du patient (secours d'urgence, consultations, séjour, hébergement).

En outre, il dispose d'écoles de formation paramédicale (Institut de Formation de Soins Infirmiers – Institut de Formation des Aides-Soignants).

Ce service public sanitaire repose sur des ressources techniques et administratives. Il répond aux exigences de la gestion publique, sous le contrôle de son autorité de tutelle, l'ARS, et des autorités de contrôle des comptes publics.

À ce titre, si par évolution du cadre légal et réglementaire, certaines dispositions du présent règlement intérieur s'y trouvaient en contradiction, elles seraient, de fait, caduques par obsolescence, sans remettre le règlement intérieur en cause dans son intégralité.

# PÉRIMÈTRE

Le présent règlement intérieur, prévu par l'article L.6143-1 du CSP, s'applique à tous les établissements qui composent le périmètre territorial du centre hospitalier d'Ardèche méridionale, présentés en Annexe I.

Pour information, des établissements extérieurs sont également implantés dans les équipements relevant du centre hospitalier d'Ardèche méridionale. Ils font l'objet de conventions qui précisent les dispositions du règlement intérieur qui leurs sont applicables.

## Procédure d'adoption du règlement intérieur

*(Art. R1112-78 du CSP)*

Conformément aux articles L. 6143-7 et L. 6143-1 du Code de la santé publique, le directeur du CHArMe arrête, après avis du conseil de surveillance et concertation avec le directoire, le règlement intérieur de l'établissement.

Cette décision est précédée de la consultation des instances représentatives compétentes (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail).

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est informée du règlement intérieur

## Procédure de modification

Les modifications apportées au règlement intérieur sont adoptées dans les mêmes formes et selon les mêmes procédures que citées dans le paragraphe « Procédure d'adoption du règlement intérieur ».

## Opposabilité du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur s'impose à l'ensemble des professionnels ou stagiaires (internes et externes) intervenant au sein du CHArMe, ainsi qu'aux usagers du service public (patients, usagers, visiteurs, résidents...)

Le non-respect ou la violation délibérée des dispositions de ce règlement intérieur pourra donner lieu à des poursuites (pénales, civiles, ordinales ou disciplinaires) à l'égard de son auteur.

## Procédures et protocoles

Des protocoles et procédures, facilitant la mise en œuvre opérationnelle des dispositions du règlement intérieur, sont à la disposition des professionnels du CHArMe, dans la base Bluekango.

## Communication du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est mis à disposition des usagers (personnes hospitalisées, résidents, visiteurs…) au bureau des entrées ainsi que dans les unités de soins auprès de l'encadrement. Il est également accessible sur le site internet du CHArMe.

Il est aussi porté à la connaissance du personnel médical et du personnel non-médical du CHARME et leur est accessible sur la base documentaire Bluekango.

Conformément, à l'article R1112-78 du code de la santé publique, le règlement intérieur de l'établissement est communiqué à toute personne qui en formule la demande. À cet égard, la direction et l'encadrement peuvent être sollicités.

# PREMIÈRE PARTIE : L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CENTRE HOSPITALIER D'ARDÈCHE MÉRIDIONALE

Depuis 2016, l'organisation des centres hospitaliers se décline, dans chaque territoire de démocratie sanitaire, au sein des Groupements Hospitaliers de territoires (GHT), et leurs instances communes.

Pour leur gouvernance interne, les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Les organes représentatifs et d'expression des personnels regroupent la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)…

## SECTION 1 : LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE SUD DRÔME ARDÈCHE

*(Art L6132-1 à L6132-7 du CSP)*

### ARTICLE 1 : Composition du GHT SDA

Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Le Centre Hospitalier d'Ardèche méridionale est membre, depuis juin 2016 du GHT Sud Drôme Ardèche (GHT SDA) composé de 10 établissements :

- Groupement Hospitalier Portes de Provence – MONTELIMAR – Établissement support
- Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale – AUBENAS
- Centre Hospitalier Privas d'Ardèche - PRIVAS
- Centre Hospitalier Claude Dejean – VILLENEUVE DE BERG
- Centre Hospitalier Sully Eldin – VALLON PONT D'ARC
- Centre Hospitalier Les Cévennes Ardéchoises – JOYEUSE/CHAMBONAS/VALGORGE
- Centre Hospitalier – ROCHER LARGENTIERE
- Centre Hospitalier – BUIS LES BARONNIES
- Centre Hospitalier – NYONS
- Centre Hospitalier Intercommunal – BOURG-SAINT-ANDEOL

## ARTICLE 2 : La convention constitutive du GHT

Le GHT est fondé sur la conclusion par les établissements qui le créent d'une convention constitutive. Le contenu minimal de la convention constitutive est fixé par la loi. Cette convention doit définir :

- Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé (ARS) territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive,
- Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-4 à L. 6132-3 du CSP,
- Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre établissements parties au groupement,
- L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter - établissements,
- Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :
    - la désignation de l'établissement support,
    - la composition du comité stratégique,
    - les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement (CME) pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes,
    - le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement.

La convention constitutive du GHT Sud Drôme Ardèche a été signée le 30 juin 2016.

## ARTICLE 3 : La gouvernance du GHT

***La gouvernance du GHT est assurée par :***

- Un comité stratégique
- Commission médicale de groupement (CMG)
- Un comité des usagers,
- Une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique,
- Une conférence territoriale de dialogue social,
- Un comité territorial des élus locaux.

## ARTICLE 4 : Le projet médico-soignant partagé (PMSP)

Conformément à l'article 1 de la convention constitutive du GHT SDA, les établissements parties au GHT SDA ont établi un Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) permettant aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée. Ce projet a été signé par tous les représentants légaux des établissements parties au GHT le 18 juillet 2017.

# SECTION 2 : LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

## ARTICLE 5 : Composition du conseil de surveillance

*(Art L6143-5 et L6143-6, R6143-1 et R6143-3 du CSP)*

Le conseil de surveillance du centre hospitalier d'Ardèche méridionale comporte **15** membres répartis de la manière suivante, et de façon identique :

***Au titre des représentants des collectivités territoriales :***

- Le maire de la commune siège de l'établissement ou son représentant,
- Un représentant de la principale commune d'origine des patients,
- 2 représentants d'un Établissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI) à fiscalité propre auxquels appartiennent respectivement ces deux communes ou, à défaut un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que celle du siège de l'établissement principal,
- Le président du conseil départemental du département dans lequel est située la commune siège de l'établissement, ou son représentant.

***Au titre des représentants du personnel médical et non médical (maximum 5 personnes) :***

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

***Au titre des personnalités qualifiées (maximum 5 personnes) :***

- Deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé,
- Trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'État dans le département, dont au moins deux représentants des usagers.

Nul ne peut être membre du conseil de surveillance s'il se trouve dans l'une des situations listées par l'article L. 6143-6 du CSP.

En outre, participent, de droit, aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, les personnes prévues par l'article L. 6143-5 du CSP à savoir :

- Le vice-président du directoire,
- Le directeur général de l'agence régionale de santé,
- Le représentant de la structure charge de la réflexion d'éthique, le cas échéant,
- Le directeur de la caisse d'assurance maladie,
- Un représentant des familles de personnes accueillies au titre des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Enfin, peuvent participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, le député de la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé et un sénateur élu dans le département où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé, désigné par la commission permanente chargée des affaires sociales du Sénat.

## ARTICLE 6 : Nomination des membres du conseil de surveillance – Cessation des fonctions

*(Art R6143-4, R6143-12 et suivant du CSP).*

Les membres du conseil de surveillance sont nommés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé Auvergne Rhône-Alpes (ARA).

Le directeur général de l'agence régionale de santé saisit à cet effet les autorités et instances appelées à siéger, à être représentées ou à désigner des membres au sein du conseil de surveillance.

La durée des fonctions de membre de conseil de surveillance est de cinq ans.

La qualité de membre du conseil de surveillance se perd soit par démission volontaire, soit par démission d'office prononcée par le directeur général de l'ARS :

- En cas d'incompatibilité ou d'incapacité prévues par l'article L. 6143-6 du CSP,
- En cas d'absence aux séances du conseil de surveillance pendant un an.

Si un membre cesse ses fonctions avant le terme de son mandat, il est remplacé, dans les mêmes conditions de désignation, pour la durée restante du mandat initial, par un nouveau membre, dans un délai de trois mois. En cas de démission d'office, l'intéressé est remplacé dans le délai d'un mois.

Les membres du conseil de surveillance qui ne sont ni membres de droit ni personnalités qualifiées, sont désignés dans les conditions suivantes :

### Les représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements

Ils sont élus, en leur sein, par les organes délibérants de ces collectivités ou de leurs groupements. Si l'un des représentants des collectivités territoriales siégeant au conseil de surveillance tombe sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'article 1 du présent règlement intérieur, l'organe délibérant de la collectivité ou de son groupement désigne, en son sein, un nouveau représentant afin de le remplacer.

À défaut de désignation par les collectivités territoriales ou leurs groupements de leurs représentants dans un délai d'un mois après la saisine du directeur général de l'agence régionale de santé, le représentant de l'État procède à cette désignation,

### Les membres désignés par la commission médicale d'établissement (CME)

Deux membres de la CME sont élus par cette dernière pour siéger au conseil de surveillance. Le vote a lieu à main levée. Sur proposition du Président de la CME, ou sur demande d'un membre de la commission, le vote se déroule à bulletin secret. Ils sont élus à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats,

### Le membre désigné par la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

Il est élu, en son sein, par cette commission. L'élection a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats,

## Les organisations syndicales appelées à désigner un membre

Elles sont déterminées par le directeur général de l'agence régionale de santé compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueilli au sein de l'établissement, à l'occasion des élections au comité technique d'établissement.

Ainsi, le premier siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix. Le second siège est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes.

# ARTICLE 7 : Fonctionnement du conseil de surveillance

*(Art R6143-5 à R6143-16 du CSP)*

## Désignation du président du conseil de surveillance

Le président du conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées. Lorsque ses fonctions de membre du conseil de surveillance prennent fin, son mandat prend également fin.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

La réunion au cours de laquelle le conseil de surveillance procède à cette élection est présidée par le doyen d'âge et le secrétariat de séance est assuré par le membre le plus jeune.

Le président du conseil de surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ou les personnalités qualifiées, un vice-président, qui préside le conseil de surveillance en son absence.

En cas de vacance des fonctions de président du conseil de surveillance et de vice-président, ou en l'absence de ces derniers, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge des membres parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements et les personnalités qualifiées.

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

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

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

## Convocation et ordre du jour

Le conseil de surveillance se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.

Il se réunit au moins quatre fois par an. Cependant à titre extraordinaire, quand l'urgence nécessite une décision qui relève des compétences d'attribution du conseil de surveillance, le président peut être amené à convoquer toute réunion exceptionnelle, nécessaire à l'exercice des prérogatives du conseil de surveillance, dans les formes prévues par le cadre réglementaire.

L'ordre du jour est arrêté par le président, après une discussion préalable avec le directeur responsable d'établissement.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour, conformément aux dispositions de l'article L.6143-5 du CSP.

L'ordre du jour est adressé, au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil de surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative, par voie écrite et, subsidiairement, par voie électronique avec accusé de réception et de lecture.

Conformément aux engagements écoresponsables de l'établissement un dossier documentaire d'appui sera adressé, avec la convocation, par voie électronique. La version imprimée sera tenue disponible sur place à disposition des membres du conseil de surveillance

Les membres du conseil de surveillance peuvent faire parvenir leur remarques et observations écrites en réponse, en vue de la préparation du conseil de surveillance.

**En cas d'urgence**, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être abrégé par le président.

Les convocations à la première réunion du conseil de surveillance sont adressées par le président du directoire.

## Délibérations

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

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

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

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

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

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

Le secrétariat du conseil de surveillance est assuré à la diligence du directeur de l'établissement qui met à disposition du conseil de surveillance les moyens matériels, financier et humain utile à son fonctionnement.

Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques. Ses débats revêtent un caractère confidentiel.

Le procès-verbal de la séance est adopté lors de la séance suivante et consigné sur le registre des délibérations.

Les délibérations revêtent le caractère de donnée publique, elles peuvent être librement consultées par quiconque en fait la demande et peuvent faire l'objet d'une publicité, sous réserve de respecter les normes en vigueur concernant la protection la vie privée ou des données personnelles.

## ARTICLE 8 : Rôle du conseil de surveillance

*(Art L6143-1 du CSP)*

Le conseil de surveillance dispose d'une compétence d'attribution.

### Il se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement :

***Il délibère sur :***

1) Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 du CSP,
2) La convention constitutive des CHU et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du CSP,
3) Le compte financier et l'affectation des résultats,
4) Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé,
5) Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur,
6) Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance,
7) Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.
8) Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 du CSP.

***Il donne son avis sur :***

- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 du CSP,
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire,
- Le règlement intérieur de l'établissement.

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

À tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le directoire ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le directoire.

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.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. Il est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.

# SECTION 3 : LE DIRECTEUR ET LE DIRECTOIRE

## ARTICLE 9 : Le directeur

*(Art. L6143-7 et Art. D6143-33 à D6143-3 du CSP)*

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Il a autorité sur l'ensemble du personnel, ordonne les dépenses et les recettes et est responsable du bon fonctionnement de tous les services.

## ARTICLE 10 : Pouvoir de nomination

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

Il propose au directeur général du centre national de gestion (CNG) la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions.

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 du CSP dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

## ARTICLE 11 : Autorité hiérarchique

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

## ARTICLE 12 : Délégation

Le directeur responsable légal et ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement peut déléguer sa compétence de gestion ou d'autorité et sa signature pour l'engagement des dépenses. C'est notamment le cas pour l'équipe de direction, qui lui est adjointe, selon le périmètre et les missions que le directeur décide de leur confier.

***Toute délégation doit mentionner :***

- Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée,
- La nature des actes délégués et éventuellement sa durée,
- Éventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation.

Ces délégations, de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables.

Elles font l'objet d'une communication au conseil de surveillance. Elles sont transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses.

## ARTICLE 13 : Compétences du directeur

*(Art L6143-7 du CSP)*

Le directeur dispose d'une compétence générale qu'il peut déléguer dans les conditions prévues par le cadre normatif et les dispositions du présent règlement intérieur.

Il est compétent pour régler toutes les affaires de l'établissement :

- Autres que celles qui relèvent de la compétence d'attribution du conseil de surveillance,
- En tant que président du directoire pour les compétences qui en relèvent.

Il participe aux séances du conseil de surveillance. Le directeur exécute les délibérations qui relèvent de la compétence d'attribution du conseil de surveillance.

Certaines décisions relèvent de la compétence du directeur, après concertation du Directoire.

## ARTICLE 14 : Compétences du directeur, président du directoire

*(Art L6143-7 du CSP)*

Le directeur dispose de compétences de gestion après concertation du directoire. En tant que président du directoire, il décide dans le domaine de la stratégie d'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale.

***À ce titre le directeur :***

1) Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1,
2) Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement et en lien avec le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
3) Arrête le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement,
4) Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en ce qui concerne les équipements médicaux,
5) Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales,
6) Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance,
7) Arrête l'organisation interne de l'établissement. S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1,
8) Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1,
9) Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans,
10) Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3,
11) Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement,
12) Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques,
13) Arrête le règlement intérieur de l'établissement,

14) À défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos,
15) Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3,
16) Arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, mentionné à l'article L. 3131-7,
17) Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7.
18) Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.

## ARTICLE 15 : Le Directoire

*(Art L6143-7-4 du CSP)*

Le directoire appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Instance collégiale. Il est un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants.

À ce titre, il approuve le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et prépare sur cette base le projet d'établissement. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

## ARTICLE 16 : Composition du directoire

*(Art L6143-7-3, L6143-7-5, D6143-35-1 à D6143-35-4 du CSP)*

### Composition

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

***Il comporte neufs membres :***

- Le directeur, président du directoire,
- Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire,
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de droit,
- Un membre du personnel non médical nommé par le directeur, après information du conseil de surveillance, sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- Cinq membres nommés par le directeur, après information du conseil de surveillance, sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement.

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

Le directeur peut en outre, sur avis conforme du président de la commission médicale d'établissement et après consultation du directoire, désigner au plus trois personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du directoire.

### Fin des fonctions de membres du Directoire

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

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

***En outre, le mandat des membres nommés prend fin dans deux cas :***

- Lors de la nomination d'un nouveau président du directoire,
- Quand le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

La désignation des membres nommés du directoire présente donc un caractère *intuitu personae* et n'est pas liée à l'exercice d'une responsabilité ou d'un mandat (chef de service, président de comité, etc.)

## ARTICLE 17 - Gardes de direction

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente sur place d'une autorité responsable, le directeur du CHArMe organise avec les membres de son équipe de direction et, le cas échéant, d'autres cadres de direction et collaborateurs auxquels il a donné délégation de sa signature, un service de garde.

# SECTION 4 : LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT (CME)

*(Art L6144-1 et L6144-2, Art R6144-1 à R6144-6 du CSP)*

## ARTICLE 18 : Composition – Désignation – Cessation de la CME

### Composition

Pour favoriser l'égal accès des femmes et des hommes aux responsabilités professionnelles et sociales, les listes de candidats aux élections professionnelles sont composées d'un nombre de femmes et d'hommes correspondant à la part de femmes et d'hommes représentés au sein de l'instance concernée.

La commission médicale d'établissement du CHArMe est composée comme suit :

### Membres délibérants

***Sont membres de droit :***

- **Collège 1 :** l'ensemble des **chefs de pôle** d'activités **cliniques et médico-techniques** de l'établissement représentant (**4 membres**).

***Sont membres élus :***

- **Collège 2 : des** représentants des responsables des structures internes et des services comprenant, en raison de l'organisation sur deux sites du centre hospitalier d'Ardèche méridionale, au minimum 1 représentant du site de Vals-les-Bains et 1 représentant du site Bernard HUGO sur les **12 membres,**
- **Collège 3 :** des représentants des praticiens titulaires de l'établissement comprenant, en raison de l'organisation sur l'organisation sur deux sites du Centre Hospitalier d'Ardèche méridionale, au minimum 1 représentant du site de Vals-les-Bains et 1 représentant du site Bernard HUGO sur les **14 membres**,
- Collège **4 :** des représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement, dans les statuts suivants, comprenant **8 membres** :
    - Praticien Contractuel,
    - Assistant
    - Praticien Attaché
- **Collège 5 :** des représentants élus des sages-femmes siégeant avec voix délibérative pour les questions à l'ordre du jour concernant la gynécologie obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions (**2 membres**),
- **Collège 6 :** deux représentants des internes parmi lesquels un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine de spécialités (**2 membres).**

**Le nombre des membres de la CME est porté à 44 membres, le quorum est fixé à la majorité absolue de ses membres soit à 23 membres.**

***Membres siégeant à titre consultatif :***

1) Le président du directoire ou son représentant,
2) Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
3) Le praticien responsable de l'information médicale,
4) Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein,
5) Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène,
6) Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.
7) Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins mentionnés à l'article R. 6111-4.

Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

## Membres invités

Toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour,

La commission médicale d'établissement peut désigner, en concertation avec le directeur de l'établissement, au plus cinq invités représentant les partenaires extérieurs coopérant avec l'établissement dans la mise en œuvre d'actions de santé publique. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la commission médicale.

## Désignation des membres –Durée des mandats

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur de l'établissement. Il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement.

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours. Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué.

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le président du directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.

## Cessation des mandats

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la même catégorie ou de la même discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire par l'organisation d'élection partielle.

# ARTICLE 19 : Élection du président du la CME

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres. Toutefois, lorsque les praticiens titulaires ne forment pas la majorité des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, le président et le vice-président peuvent être élus parmi l'ensemble des membres de la commission.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois. Toutefois, pour tenir compte des circonstances locales et dans l'intérêt du service, le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève l'établissement peut à titre exceptionnel, par arrêté motivé, autoriser l'élection à un troisième mandat.

Le mandat de président peut être exceptionnellement réduit ou prorogé, dans l'intérêt du service, d'une durée ne pouvant excéder un an par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dont relève l'établissement.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement prennent fin sur présentation de sa démission au président du directoire ou au terme du mandat de la commission médicale d'établissement qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission médicale d'établissement, ses fonctions au sein de la commission médicale d'établissement sont assumées par le vice-président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

La qualité de président de la CME donne de droit, la qualité de vice-président du directoire. Par ailleurs, le Président de CME, vice-président du directoire participe aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative, (Article L.6143-5 du CSP).

## ARTICLE 20 : Fonctionnement de la CME

Le président de la commission médicale d'établissement veille au bon fonctionnement de la commission.

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission médicale d'établissement définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions suivantes.

La commission se réunit au moins 4 fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour.

Elle est également réunie à la demande :

- soit d'un tiers de ses membres,
- soit du président du directoire,
- soit du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins 7 jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts.

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

### Quorum

La Commission Médicale d'Établissement ne peut valablement siéger que si le quorum est atteint. Lorsqu'après convocation régulière, le quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est adressée pour le même jour avec un horaire plus tardif et cette nouvelle séance se tient, quel que soit le nombre de membres présents.

### Modalités de vote

Pour les questions nécessitant un vote des membres de la Commission, la modalité habituelle de vote est celui du vote à main levée.

Sur proposition du Président de la Commission Médicale d'Établissement, ou sur demande d'un membre de la Commission, le vote se déroule à bulletin secret.

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

### Adoption des votes

Les avis sont adoptés à la majorité simple des voix exprimées. En cas de partage des voix, la voix du Président de la Commission Médicale d'Établissement est prépondérante.

## Obligation de discrétion

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.

## Moyens

L'établissement concourt au bon fonctionnement de la commission médicale d'établissement et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

# ARTICLE 21 : Attributions de la CME

*(Art L6144-1 du CSP)*

Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement élabore la stratégie médicale de l'établissement et son projet médical en lien avec le projet médical partagé du GHT. Elle participe à leur mise en œuvre. Elle contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers.

## Compétences partagées avec le CTE :

La commission médicale d'établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté, ces matières sont les suivantes :

1) Les projets de délibération du conseil de surveillance,
2) Les orientations stratégiques de l'établissement, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel,
3) Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du Code de la santé publique;
4) L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique. À ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'établissement.
5) Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants,
6) La gestion prévisionnelle des emplois et compétences, s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques,
7) La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

## Compétences propres de la CME :

La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :

1) La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement,
2) La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement,
3) La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales,
4) La politique de recrutement des emplois médicaux,
5) Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
6) La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2 soit la participation à une CPTS, le développement d'actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population et les coopérations avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de la population,
7) Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques,
8) Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social,
9) Le règlement intérieur de l'établissement,

10) L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. À ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie,
11) Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

La commission médicale d'établissement élabore et propose au directoire le projet médical d'établissement, partie intégrante du projet d'établissement, en cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire. Le président de la commission médicale d'établissement coordonne son élaboration avec le directeur selon une procédure qu'il définit. Les équipes médicales concernées sont associées à cette élaboration. Après concertation avec le directoire, le président de la commission médicale et le directeur peuvent demander à la commission médicale d'établissement de modifier ou de compléter sa proposition de projet médical.

La commission peut également être consultée sur les matières mentionnées à l'article R. 6144-1-2, soit :

1) Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci,
2) Le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence, si l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire, avec la politique territoriale du groupement en la matière,
3) Le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques,
4) Lorsque l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire, la déclinaison des orientations stratégiques du groupement en matière notamment d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques,
5) Le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé,
6) Le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques,

Dans les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, la commission médicale d'établissement veille, dans l'exercice de ses compétences consultatives, à la cohérence des projets qui lui sont soumis avec la stratégie médicale et le projet médical partagé définis au niveau du groupement.

La commission médicale d'établissement, ainsi que son président et ses sous-commissions, ont accès à l'ensemble des informations nécessaires aux travaux relevant de leurs attributions, notamment en matière de gestion des ressources humaines des personnels médicaux, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques.

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, notamment en ce qui concerne :

1) La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement,
2) Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,
3) La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
4) La prise en charge de la douleur,
5) Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique en cohérence le cas échéant avec les orientations définies au niveau du groupement.

La commission médicale d'établissement du Centre hospitalier d'Ardèche méridionale contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

1) La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale,
2) L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées,
3) L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs,
4) Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité,
5) L'organisation des parcours de soins.

## L'articulation avec les autres instances :

### *CME et directoire*

La commission médicale d'établissement élabore et propose au directoire le projet médical d'établissement, partie intégrante du projet d'établissement, en cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

Le président de la commission médicale d'établissement coordonne son élaboration avec le directeur selon une procédure qu'il définit. Les équipes médicales concernées sont associées à cette élaboration. Après concertation avec le directoire, le président de la commission médicale et le directeur peuvent demander à la commission médicale d'établissement de modifier ou de compléter sa proposition de projet médical.

Les membres du directoire appartenant aux professions médicales sont nommés par le directeur sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la CME

### *CME et Conseil de surveillance*

Deux représentants du personnel médical sont désignés par la CME pour siéger au collège « personnel d'établissement » du conseil de surveillance.

### *CME et CTE*

Lorsque la CME et le CTE ont connaissance de **faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement**, ils peuvent, à la majorité des deux tiers des membres de chacune de ces instances, demander au directeur de leur fournir des explications. La question est alors inscrite de droit à l'ordre du jour de la prochaine séance de la commission et du comité.

Après avoir entendu le directeur, la commission et le comité peuvent confier, à la majorité qualifiée, à deux de leurs membres respectifs le soin d'établir un **rapport conjoint**.

Le rapport conclut en émettant un avis sur l'opportunité de **saisir de ses conclusions le conseil de surveillance.**

Au vu de ce rapport, la commission médicale et le comité technique peuvent décider, à la majorité qualifiée, de procéder à cette saisine (*Article R.6144-83 du code de la santé Publique).*

Un représentant du comité technique d'établissement et un représentant de la commission médicale d'établissement assistent, avec voix consultative, à chacune des réunions respectives de ces deux instances, dans des conditions fixées par décret. La désignation de ces représentants procède d'un vote à bulletin secret de chacune des assemblées concernées.

### *CME et Commission des usagers*

- Le président de la CME ou un membre de la CME siège à la commission des usagers.
- La CME rend un avis sur la nomination du médiateur médical.
- La CME contribue à l'élaboration du projet des usagers.

# ARTICLE 22 : Le président de la CME, vice-président du directoire

*(Art R6144-5, D6143-37 à D6143-37-5, L6143-7 du CSP)*

## Rôle du président de la CME

Conformément aux attributions conférées par le cadre réglementaire, le président de la commission médicale d'établissement participe au conseil de surveillance avec voix consultative. Il est vice-président du directoire.

***Il émet des avis relatifs à :***

- La nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers avant sa communication au directeur général du CNG chargé de ces nominations sur propositions du Président du Directoire
- Les demandes relatives à l'activité des praticiens hospitaliers (réduction d'activité, mise en disponibilité, mise à disposition, détachement…)
- L'admission par contrat, par le Directeur, sur proposition du chef de pôle, de médecins, sages-femmes et odontologiste exerçant à titre libéral, autre que les praticiens statutaires de l'établissement.

***Coordination de la politique médicale de l'établissement :***

Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, coordonne la politique médicale de l'établissement. À cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

1) Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales,
2) Il veille à la coordination de la prise en charge du patient,
3) Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique,
4) Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux,
5) Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

***Amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins :***

- Il est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité de la sécurité et de la pertinence des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la commission médicale d'établissement.
- Il est chargé, avec le directeur, du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité de la sécurité et de la pertinence des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.
- Le président présente annuellement à la commission médicale d'établissement son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre.
- Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.
- Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la commission médicale d'établissement en vertu du l'article L. 6144-1.
- S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité
- Il décide conjointement avec le directeur de l'établissement de la nomination des responsables de structures internes, service ou unité fonctionnelle.

***Élaboration du projet médical de l'établissement***

Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, coordonne, en lien avec le directeur, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et avec le projet médical partagé si l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L.6114-1 et L.6114-2. Il comprend notamment :

1) Les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional ou interrégional de santé et le contenu de l'offre de soins,
2) Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
3) Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes,
4) L'organisation des moyens médicaux,
5) Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient,
6) Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs.

## Moyens attribués au Président de la CME pour exercer ses responsabilités :

Le temps consacré aux fonctions de président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, est comptabilisé dans les obligations de service des praticiens concernés.

Une indemnité de fonction est versée au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cette indemnité est assujettie au régime de retraite complémentaire institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié portant création d'un régime de retraites complémentaires des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques

Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions et garantir le bon fonctionnement de la commission médicale d'établissement.

La charte de gouvernance mentionnée à l'article L. 6143-7-3 prévoit les moyens matériels et humains mis à sa disposition pour assurer ses missions, qui comprennent notamment au moins la mise à disposition d'un collaborateur choisi conjointement avec le directeur de l'établissement.

Une formation est proposée au président de la commission médicale d'établissement à l'occasion de sa prise de fonction, adaptée à l'exercice de hautes responsabilités.

À sa demande, le président de la commission médicale d'établissement peut également bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, en vue de la suite de son activité ou la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

# SECTION 5 : LE COMITÉ TECHNIQUE D'ÉTABLISSEMENT (CTE)

*(Art L6144-3, et L6144-4. Art R6144-40 à D6144-85 du CSP)*

## ARTICLE 23 : Composition du CTE

Le CTE, présidé par le directeur de l'établissement, est composé des représentants des personnels titulaires et contractuels. Les membres du CTE sont élus lors des élections professionnelles. Ils représentent les catégories professionnelles A, B et C. Le CTE ne dispose que d'une compétence consultative. Il émet des avis et des propositions. Il connaît de tous les sujets relatifs à l'organisation de l'établissement et des conditions de travail. Les points présentés au Conseil de Surveillance doivent être préalablement soumis pour avis au CTE (Projet d'établissement, État prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), plan de formation, bilan social, le bilan et programme annuel relatif à l'hygiène, à la sécurité et aux conditions de travail, aménagement et répartition des charges de travail, prime de service).

Le CTE établit un règlement intérieur conforme aux lois et règlements ainsi qu'aux dispositions du présent règlement intérieur.

***La CTE comporte 14 membres :***

- Le Directeur
- 12 représentants des personnels non médical, élus pour 4 ans répartis en un collège unique
- Un représentant de la CME

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

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

Lors du renouvellement d'un Comité Technique d'Établissement, les nouveaux membres entrent en fonction à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

Le cadre statutaire, législatif et réglementaire définit les modalités de désignation des représentants du personnel.

## ARTICLE 24 : Fonctionnement du CTE

Le Comité Technique d'Établissement (CTE) est présidé par le Directeur. Celui-ci peut être suppléé par un membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

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

Le Comité Technique d'Établissement se réunit au moins une fois par trimestre.

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

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

L'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du CTE, dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Le Président du CTE, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Lorsque l'ordre du jour comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du CTE.

Le Président du CTE, en sa qualité de chef d'établissement, peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.

Le CTE élit parmi les membres titulaires, un secrétaire.

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

Le CTE ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion. Lorsque le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le CTE siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

Le CTE émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le Président ne prend pas part au vote.

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

Les avis ou vœux émis par le CTE sont portés par le Président à la connaissance du Conseil de surveillance de l'Établissement. Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du Directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

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

Les séances du CTE ne sont pas publiques.

Toutes facilités doivent être données aux membres pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard quinze jours avant la date de la séance.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du CTE sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle, à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ses réunions et travaux.

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

## ARTICLE 25 : Compétences du CTE

Le Comité Technique d'Établissement est obligatoirement consulté sur :

1) Les projets de délibération soumis au Conseil de surveillance et sur le plan de redressement présenté par le Président du Directoire à l'Agence Régionale de Santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement,
2) Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel,
3) La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu,
4) Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité,
5) La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social,
6) La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,

7) Le règlement intérieur de l'établissement.

Le CTE est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement.

Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'Agence Régionale de Santé, ainsi que de l'état des prévisions de recettes et de dépenses et des décisions de coopération.

## ARTICLE 26 : Dispositions communes à la CME et à la CTE

La Commission Médicale d'Établissement et le Comité Technique d'Établissement peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. A l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.

Lorsque la Commission Médicale ou le Comité Technique d'Établissement ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement, ils peuvent, à la majorité des deux tiers des membres de chacune de ces instances, demander au Directeur de leur fournir des explications. La question est alors inscrite de droit à l'ordre du jour de la prochaine séance de la Commission et du Comité.

Après avoir entendu le Directeur, la Commission et le Comité peuvent confier, à la même majorité qualifiée, à deux de leurs membres respectifs le soin d'établir un rapport conjoint.

Un représentant du CTE et un représentant de la CME assistent, avec voix consultative, à chacune des réunions respectives de ces deux instances, dans des conditions fixées par décret. La désignation de ces représentants procède d'un vote à bulletin secret de chacune des assemblées concernées.

# SECTION 6 : LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES (CSIRMT)

*(Art L6146-9, R6146-10 à R6146-16 du CSP)*

## ARTICLE 27 : Composition de la CSIRMT

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, répartis en trois collèges :

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

Sous réserve des prescriptions réglementaires, sa composition relève du règlement intérieur de l'établissement, arrêté par le directeur après avis du Conseil de surveillance.

La CSIRMT du CHARME compte 24 membres (21 voix délibératives / 3 voix consultatives).

### Collèges

Il est précisé que 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.

***Répartition des collèges :***

- Collège des cadres de santé (5 membres),
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques (10 membres),
- Collège des aides-soignants (6 membres).

### Élections - Mandat

La date de l'élection est fixée par le Directeur de l'établissement. Un mois au moins avant, le Directeur publie par voie d'affichage la date retenue, la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges.

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin. Les personnels de chaque catégorie désignent leurs représentants au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.

Le nombre de sièges de suppléants est égal, par collège, à celui des membres titulaires.

Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

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

### Voix consultative

***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,
- Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement,
- Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale,
- Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation,
- 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.

La CSIRMT du CHARME comporte **24** membres (21 voix délibérative / **3** voix consultative).

## ARTICLE 28 : Fonctionnement de la CSIRMT

La CSIRMT est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la CSIRMT dans un rapport adressé au directoire dont il est membre de droit.

La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

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

La commission délibère valablement lorsqu'au moins la moitié des membres élus sont présents. Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

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

## ARTICLE 29 : Attributions de la CSIRMT

***La commission est consultée pour avis sur :***

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

***Elle est informée sur :***

- Le règlement intérieur de l'établissement,
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du CSP,
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

# SECTION 7 : LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

*(Art L1112-3, Art R1112-80 à R1112-84 et R1112-91 à R1112-94 du CSP)*

## ARTICLE 30 : Attributions, composition, fonctionnement

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

Elle participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission médicale d'établissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données.

Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Un décret en Conseil d'État prévoit notamment les modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels.

***La commission des usagers est composée notamment :***

- du directeur ou la personne qu'il désigne à cet effet,
- d'un médiateur médecin et d'un médiateur non médecin, et de leurs suppléants, désignés par le directeur,
- de deux représentants des usagers, et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

Des personnes supplémentaires peuvent venir s'ajouter à cette composition. Sous réserve des prescriptions réglementaires, la CDU établit son règlement intérieur de fonctionnement, arrêté par le directeur.

# SECTION 8 : LE COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT)

Le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) contribue à la protection de la santé et de la sécurité du personnel (médical et non médical) de l'établissement et des agents mis à sa disposition, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Il veille à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières. Conformément aux articles L 4612-1 à L 4612-8 du code du travail, il procède à l'analyse des conditions de travail et des risques professionnels auxquels peuvent être soumis les agents.

***Le CHSCT est obligatoirement consulté sur :***

- 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.

Le CHSCT donne son avis sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur et peut proposer des actions de prévention en matière de harcèlement sexuel ou de harcèlement moral.

Il est consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des organisations de travail.

## ARTICLE 31 : Composition du CHSCT

*(Art R4615-9 et suivants du code du travail)*

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

***Des membres délibérants :***

- Le directeur (ou son représentant) qui en assure la présidence
- 6 représentants des personnels non médecins, (6 titulaires et 6 suppléants), parmi lesquels est élu le secrétaire du CHS-CT
- 1 représentant des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes

***Des membres participant à titre consultatif :***

- Le directeur adjoint chargé de la fonction achats, logistique et hôtellerie
- L'ingénieur ou le technicien chargé de l'entretien,
- Le directeur ou coordonnateur général des soins
- Le médecin du travail,
- Un praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène,
- L'inspecteur du travail,
- Le représentant du service de prévention de la CARSAT Rhône-Alpes.

Le renouvellement des représentants du personnel intervient dans un délai de trois mois à compter du renouvellement des commissions paritaires consultatives départementales. Le mandat est renouvelable. Lorsque, pendant la durée normale de son mandat, un représentant du personnel cesse ses fonctions, il est remplacé dans le délai d'un mois, pour la période du mandat restant à courir. Il n'est pas pourvu à son remplacement si la période de mandat restant à courir est inférieure à trois mois.

Lorsque le mandat du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail vient à expiration, ou lorsqu'un siège de ce comité devient vacant et doit être pourvu dans les conditions prévues au paragraphe précédent, le collège chargé de désigner les membres de la représentation du personnel se réunit dans un délai de quinze jours à compter des dates d'expiration du mandat ou d'ouverture de la vacance.

Le procès-verbal de la réunion du collège renouvelant le comité ou palliant la vacance du siège est remis dès sa conclusion à l'employeur. Ce dernier l'adresse à l'inspecteur du travail, dans un délai de huit jours à compter de la réception.

## ARTICLE 32 : Fonctionnement du CHSCT

*(Art 4614-2 à R4614-5 du code du travail)*

L'ordre du jour des réunions du CHSCT est transmis par le président aux membres ainsi qu'à l'inspecteur du travail. Cette transmission est faite, sauf cas exceptionnel justifié par l'urgence, quinze jours au moins avant la date fixée pour la réunion.

L'ordre du jour est transmis dans les mêmes conditions aux agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale qui peuvent assister aux réunions du comité.

Lorsqu'une réunion du CHSCT comporte l'examen de documents écrits, ceux-ci sont joints à l'envoi de l'ordre du jour.

Les réunions du CHSCT ont lieu dans l'établissement, dans un local approprié et, sauf exception justifiée par l'urgence, pendant les heures de travail.

Les procès-verbaux des réunions ainsi que le rapport et le programme annuels sont conservés dans l'établissement. Ils sont tenus à la disposition de l'inspecteur du travail, du médecin inspecteur du travail et des agents des services de prévention des organismes de Sécurité sociale.

## ARTICLE 33 : Attributions du CHSCT

*(Art L4612-1 à L4612-7 du code du travail)*

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail contribue à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement. Il participe à l'amélioration des conditions de travail et veille au respect des prescriptions légales de son domaine de compétence.

- De contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure
- De contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité
- De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes. Il procède à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité.

Il contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral et du harcèlement sexuel. Le refus de l'employeur est motivé.

Le CHSCT procède, à intervalles réguliers, à des inspections. La fréquence de ces inspections est au moins égale à celle des réunions ordinaires du Comité.

Le CHSCT réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Le CHSCT peut demander à entendre le chef d'un établissement voisin dont l'activité expose les travailleurs de son ressort à des nuisances particulières. Il est informé des suites réservées à ses observations.

Lors des visites de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, les représentants du personnel au CHSCT sont informés de sa présence par l'employeur et peuvent présenter leurs observations.

# SECTION 9 : LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

Le conseil de la vie sociale (CVS) est une instance prévue par le Code d'Action Sociale et des Familles (CASF), dont le but est : contribuer au bon fonctionnement des structures médico-sociales, à la bientraitance et la qualité de vie des personnes âgées, en les associant, avec leurs représentants, aux questions qui les concernent.

Le conseil de la vie sociale favorise l'expression et la participation des résidents et de leurs familles à la vie de la structure. C'est un lieu d'écoute et d'échange. Cette instance n'est pas prévue pour aborder les cas individuels particuliers.

Chacun des 2 EHPAD rattachés au CHARME dispose d'un CVS qui lui est propre. Toutefois, dans un souci de cohérence, leur organisation et leur règlement intérieur a été dupliqué.

## ARTICLE 34 : Attributions et rôle du CVS

*(Art D311-3 à D311-32-1 du CASF)*

### Les attributions du CVS

Le conseil de la vie sociale de l'EHPAD est obligatoirement consulté sur :

- L'élaboration du règlement de fonctionnement de l'EHPAD,
- Le projet d'établissement de l'EHPAD, qui comprend le contrat de séjour et le livret d'accueil,
- Les enquêtes de satisfaction.

Le CVS donne un avis et peut faire des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement et sur l'évolution des réponses à apporter notamment sur :

- La démarche qualité,
- L'organisation intérieure et la vie quotidienne,
- Les services thérapeutiques et les parcours de soins,
- Les activités, l'animation socioculturelle,
- L'ensemble des projets de travaux et d'équipement,
- La nature et le prix des services rendus,
- L'affectation des locaux collectifs,
- L'entretien des locaux,
- Les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture,
- L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

Les décisions sur la gestion et le management de l'établissement demeurent réservées à la Direction.

Les élus du CVS et la direction s'engagent à promouvoir une démarche constructive pour la bientraitance et une dynamique participative en associant les usagers aux décisions les concernant.

### Le rôle du CVS

L'EHPAD est un lieu de vie accompagné. Le CVS contribue à répondre de façon adaptée aux attentes légitimes des personnes âgées qui y résident et de leurs familles.

Le CVS a pour mission de discuter de l'offre de prestations et du cadre de vie de l'établissement.

De plus le CVS garantit l'exercice des droits et libertés individuels à toute personne accompagnée par les établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, que sont :

- Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité,
- Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision,
- La confidentialité des informations la concernant,
- L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires,
- Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition,
- 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 la concerne.

Le CVS n'est pas qu'une instance porteuse de sollicitations, et des réponses à y apporter. C'est également un lieu qui permet aux résidents et aux familles de mieux connaître la prise en charge des soins, le rôle des différents professionnels et de savoir à qui s'adresser en fonction de leur demande individuelle.

## ARTICLE 35 : Composition du CVS

*(Art D311-3 à D311-32-1 du CASF)*

Chacun des 2 CVS du CHARME comprend au moins :

- deux représentants des résidents,
- un représentant des familles ou des représentants légaux,
- un représentant du personnel,
- un représentant de l'organisme gestionnaire, le directeur ou son représentant.

Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du Conseil.

Outre ces dispositions, il est prévu que chaque CVS comporte autant de membres suppléants que de membres titulaires, dans la mesure où le nombre de candidats le permet de chaque collège le permet.

Les membres suppléants sont systématiquement invités aux réunions du CVS.

C'est la décision instituant le CVS qui en détermine le nombre et la répartition. Les modifications concernant cette composition sont prises par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire.

# DEUXIÈME PARTIE :
# L'ORGANISATION MÉDICALE DU CENTRE HOSPITALIER D'ARDÈCHE MÉRIDIONALE

## SECTION 10 : L'ORGANISATION MÉDICALE DU CHARME

### ARTICLE 36 : Déontologie

*(Art. R4127-7 du CSP)*

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

Dans les limites fixées par la loi, le praticien est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il s'aide dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. Il a le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances.

Le praticien ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il respecte, en toute circonstances les principes de moralité, de probité et de dévouement, indispensables à l'exercice de la médecine.

Le praticien hospitalier et son équipe doivent veiller à l'information claire, loyale et appropriée du patient et garantir le secret médical.

La communication du dossier médical au patient peut être obtenue à la demande et avec l'accord formel de la personne concernée, dans les conditions prévues par les textes en vigueur et dans les modalités d'organisation prévues au présent règlement intérieur.

### ARTICLE 37 : Les pôles d'activité clinique et médico-techniques

*(Art L6143-7, Art. L6146-1-2 du CSP)*

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne.

Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement.

Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du patient par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés.

## Fonctionnement des pôles

La gouvernance hospitalière exige le fonctionnement des établissements de santé par la création de pôles d'activités. L'organisation en pôles (regroupement d'unités médicales) permet d'impliquer les praticiens dans la gestion de l'établissement dans le respect de ses grandes orientations.

***Le CHARME est organisé depuis mars 2014 en 4 pôles :***

- **Pôle chirurgie/mère/enfant** qui regroupe les services de pédiatrie, maternité, chirurgie, soins intensifs, bloc, chirurgie ambulatoire, SMPR 1 et 2.
- **Pôle logistique médicale**, qui est composé des services de pharmacie, laboratoire, imagerie médicale, consultations externes, DIM, hygiène hospitalière, cellule de coordination de prélèvements.
- **Pôle médecine**, qui regroupe les services des urgences, CSAPA, HAD, oncologie, médecine, cardiovasculaire, médecine polyvalente, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie, addicto-alcoologie, pneumologie, rhumatologie, hôpital de jour, ELSA, CDAG, éducation thérapeutique, CPO, et de diabétologie.
- **Pôle gériatrie** qui est composé de l'EHPAD Léon Rouveyrol, de l'EHPAD Le Bosc, du Service de Soins de suite et de Réadaptation Gériatrique, du service de court séjour gériatrique et de l'EMG

L'établissement est engagé dans une réflexion sur une nouvelle organisation. Sur proposition du président de la CME, le directeur définira l'organisation précise de l'établissement en pôles (nombre de pôles et contenu des activités de chaque pôle). Ces pôles s'inscrivent dans le projet médical de l'établissement.

# ARTICLE 38 : Les chefs de pôle

*(Art L6146-1, Art. D6146-1 à R6146-3 du CSP)*

## Nomination chef de pôle

Le chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement.

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 ainsi que les praticiens des armées.

Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et dont la durée et le contenu sont fixés par l'arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-techniques.

Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôle. Elle est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par l'arrêté

## Durée du mandat

La durée du mandat des chefs de pôle est fixée à quatre ans renouvelables. Leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision du directeur après avis du président de la commission médicale d'établissement.

## Attribution du chef de pôle

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Sans préjudice du premier alinéa de l'article L. 6146-1-1, il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Sans préjudice de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6146-1-1, le chef de pôle, en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé, favorise la concertation interne entre les services,

Tous les chefs de pôles d'activités cliniques ou médico-techniques sont membres de la CME, mais ils ne sont pas systématiquement membre du directoire.

# ARTICLE 39 : Contrat et projet de pôle

*(Art R6146-8 à R6146-9-2 du CSP)*

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

Il est signé conjointement par le Directeur et le Président de la CME.

## Contenu du contrat de pôle

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature qui peut être accordée au chef de pôle pour engager des dépenses dans les domaines limitatifs suivants :

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

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

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

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

## Le projet de pôle

Le projet de pôle est élaboré par le chef de pôle, dans le cadre d'une concertation interne associant toutes les catégories de personnel, dans un délai de trois mois après sa nomination.

Le chef de pôle met en place cette concertation selon la forme et les modalités qu'il choisit et qui lui paraissent les plus adaptées.

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

Le projet de pôle définit les principes essentiels du fonctionnement des pôles et des relations entre les chefs de pôles, les chefs de services et les responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes, notamment dans les matières suivantes :

- L'enseignement, dans le cadre de la formation initiale et continue,
- La qualité et la sécurité des soins et des prises en charge,
- L'organisation de la continuité et de la permanence des soins,
- La coordination des parcours de soins, l'organisation et l'évaluation de la prise en charge médicale du patient,
- La gestion des ressources humaines et l'autorité fonctionnelle sur les personnels composant les services et autres structures,
- Les principes de la formation et de l'évaluation des fonctions des chefs de service et des responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes.

# ARTICLE 40 : Fonctionnement des services

*(Art. R6146-4 et R6146-5 du CSP)*

Les services mentionnés à l'article L. 6146-1 constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

Ils sont dirigés par un chef de service, responsable de structure interne, en étroite collaboration avec le cadre de santé.

Dans les Centres hospitaliers, le chef de service est nommé par du directeur d'établissement sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle.

Les responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de quatre ans renouvelables. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

Le chef de service et le cadre de santé sont associés au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement. Pour l'application de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, le chef de service est notamment associé par le chef de pôle à la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Le chef de pôle peut déléguer sa signature au chef de service pour la mise en œuvre du contrat de pôle prévu au même article L. 6146-1 précité.

Le chef de service et le cadre de santé organisent la concertation interne et favorisent le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service, responsable de structure interne, par décision du directeur, à son initiative, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Dans ce cas, le directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. À l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

## ARTICLE 41 : Le Département d'Information Médicale (DIM)

*(Art L6113-7, R6113-1 à R6113-11 du CSP)*

### Mission du DIM

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

Le département d'information médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le praticien hospitalier est responsable de la validité et de l'exhaustivité des informations produites.

Les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Lorsque les praticiens ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi de finances rectificative du 29 juillet 1961.

Le praticien responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le directeur, après avis de la commission médicale d'établissement.

### Obligations professionnelles du DIM

Les médecins chargés de la collecte des données médicales nominatives ou du traitement des fichiers comportant de telles données sont soumis à l'obligation de secret dont la méconnaissance est punie conformément aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Il en est de même des personnels placés ou détachés auprès de ces médecins et qui travaillent à l'exploitation de données nominatives sous leur autorité, ainsi que des personnels intervenant sur le matériel et les logiciels utilisés pour le recueil et le traitement des données.

Le médecin responsable de l'information médicale transmet à la commission médicale et au représentant de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Ces informations sont transmises systématiquement ou à la demande. Elles consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées.

Le médecin responsable de l'information médicale met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utile à cette réalisation.

Il est en outre responsable du respect des obligations légales relatives aux conditions d'accès au dossier médical, notamment en ce qui concerne le respect de ce droit pour les patients.

# TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS, RÉSIDENTS, VISITEURS ET ACCOMPAGNANTS

Les patients, résidents, visiteurs et accompagnants disposent de droits garantis par le cadre légal. Ils sont précisés dans le présent règlement intérieur ainsi que dans la charte de la personne hospitalisée et dans la charte de la personne accueillie en établissements médico-sociaux. Elles sont annexées au présent règlement intérieur.

Les patients, résidents, visiteurs et accompagnants sont comme les personnels de l'établissement ou tout intervenant, soumis au respect des obligations et dispositions du règlement intérieur, sous peine de se voir limiter l'accès aux différents sites et services de l'établissement.

## SECTION 11 : DÉMARCHE QUALITÉ ET DROITS DES PATIENTS

Le Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale est attentif à la qualité de l'accueil et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels qui y concourent. Il le fait dans le respect de la réglementation en vigueur et de la charte de la personne hospitalisée et de charte de la personne accueillie en établissements médico-sociaux.

### ARTICLE 42 : L'accès aux soins et le principe du libre choix

*(Art L711-4, L1110-1, L1110-8 du CSP)*

L'hôpital est accessible à tous, notamment aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il s'assure de l'accessibilité adaptée aux personnes handicapées.

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux

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

Le patient peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement, après avoir été informé des risques éventuels.

# ARTICLE 43 : Droit à l'information et au consentement

*(Art L1110-10, L1111-2, L1111-5 du CSP)*

## Droit à l'information

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Toute personne est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

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

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

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

Les droits des mineurs sont exercés par les personnes titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, qui reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité.

L'information prévue au présent article est délivrée aux personnes majeures protégées au titre des dispositions du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension.

Le participant à une recherche biomédicale doit être informé sur les bénéfices attendus de cette recherche et les risques prévisibles.

## Consentement

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui–ci a le droit de refuser tout traitement et d'exprimer ses souhaits concernant sa fin de vie de manière anticipée.

S'agissant d'un patient mineur, son consentement doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté.

Si le mineur demande qu'aucune indication ne soit donnée aux titulaires de l'autorité parentale, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Un consentement spécifique est prévu pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des produits du corps humain et pour les actes de dépistage. Son accord doit être écrit et son refus est sans conséquence sur la qualité des soins qu'il reçoit.

## ARTICLE 44 : Information du patient sur les soins et sur son état de santé

*(Art R1111-1 à R1111-8 du CSP)*

Les patients doivent être informés par tous les moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dans toute la mesure du possible, les traitements et soins proposés aux patients doivent faire l'objet d'une information de la part du médecin.

Pour tous les actes médicaux et chirurgicaux importants, le patient doit avoir été informé préalablement des risques et des conséquences que ces actes pourraient entraîner.

Les médecins et tous les membres de l'équipe soignante, chacun dans leur domaine de compétence, doivent donner aux patients, dans les conditions fixées par le code de déontologie, les informations sur leur état qui leur sont accessibles, dans toute la mesure du possible, les traitements et soins proposés aux patients doivent faire l'objet d'une information de la part du médecin.

## ARTICLE 45 : Accueil et information des familles

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

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

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical, telles que le diagnostic et l'évolution de la maladie, peuvent être données exclusivement par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les cadres soignants aux familles.

Par ailleurs, dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des patients soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

## ARTICLE 46 : Discrétion demandée par le patient, adulte ou mineur

*(Art R1111-6 et R1112-45 du CSP)*

Les patients adultes peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé. Ils peuvent faire cette demande lors des formalités administratives au bureau des entrées ou dans le service d'hospitalisation à leur arrivée.

Avant de communiquer toute information à un tiers, y compris la simple révélation de la présence d'un patient dans l'établissement, le personnel hospitalier doit vérifier que le patient autorise la diffusion de cette information, et s'entourer de toutes les précautions nécessaires.

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

Tout médecin saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès aux informations mentionnées à l'alinéa ci-dessus doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Si en dépit de ces efforts le mineur maintient son opposition, la demande précitée ne peut être satisfaite tant que l'opposition est maintenue.

Lorsque la personne mineure demande que l'accès du titulaire de l'autorité parentale aux informations concernant son état de santé ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin, ces informations sont, au choix du titulaire de l'autorité parentale, adressées au médecin qu'il a désigné, ou consultées sur place en présence de ce médecin.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical - tels que diagnostic et évolution de la maladie- ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis, par les cadres de santé, aux membres proches de la famille, sauf si le patient s'y oppose.

## ARTICLE 47 : Qualité des soins, recours du patient, démocratie sanitaire

*(Art L1110-2, L1110-3, L1110-5 du CSP)*

### La démarche qualité et gestion des risques

La politique qualité et gestion des risques constitue l'un des volets du projet d'établissement du CHARME. Ainsi, l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins s'applique à l'ensemble des sites et des services de l'établissement. Elle repose sur les évaluations menées en interne et sur les résultats des différents rapports de certification, en se basant sur des thématiques qui constituent ses piliers :

- La sécurité des soins
- La satisfaction des usagers
- L'évaluation des pratiques professionnelles
- La gestion documentaire
- L'évaluation des risques a priori et a posteriori

S'appuyant sur un comité de pilotage pour la qualité et la sécurité des soins, le Directeur, en lien avec la CME et le coordonnateur général des soins, s'engage à dynamiser la diffusion de la culture de l'amélioration continue de la qualité et de l'évaluation des risques au sein de l'établissement, afin de se hisser à la hauteur des enjeux actuels :

- Améliorer l'information du patient et promouvoir sa participation active à sa prise en charge
- Développer la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat
- Promouvoir l'expérience patient et l'évaluer
- Développer le travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques
- S'inscrire dans une démarche de management territorial de la qualité, dans le cadre du GHT et en lien avec le secteur ambulatoire

### La gestion des incidents et évènements indésirables

Afin de promouvoir la culture sécurité et l'amélioration continue de la qualité, le CHArMe dispose d'un outil informatisé de gestion des risques qui permet la déclaration des Évènements Indésirables (EI) et le suivi des démarches Qualité.

En cas d'Évènements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS), l'établissement signale l'évènement à la tutelle, puis transmet dans un second temps des éléments de l'analyse réalisée et les actions d'amélioration mises en place.

## Réclamations et voies de recours

Toute personne accueillie au sein du CHArMe (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement au directeur du CH.

La commission des usagers (CDU) veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients et de leurs proches.

Les observations exprimées par les patients sont selon leur nature examinées par le directeur de l'établissement, le médiateur médical ou non médical ou par la CDU. Une réponse motivée est adressée au requérant.

Le patient (ou ses représentants, ou en cas de décès ses ayants droit) peut également s'adresser à la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente (CCI) lorsqu'il s'agit :

- D'une contestation relative au respect des droits des malades et des usagers du système de santé ;
- De tout litige et/ou de toute difficultés nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.
- Le patient (ou ses représentants légaux, ou en cas de décès ses ayants droit) dispose également d'autres recours s'il estime avoir subi un préjudice grave ou s'il n'est pas satisfait des réponses qui lui sont proposées et exposées ci-dessus.

S'il souhaite adresser une demande de réparation, il doit y procéder auprès de la Direction Générale du CHArMe.

Il peut saisir la CCI lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important. Sont recevables par cette commission les demandes des personnes pour lesquelles le dommage subi a entraîné une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieure à 24 %, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur douze mois. La demande est également recevable, à titre exceptionnel, si la personne a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle ou si elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence. La CCI ordonne une expertise amiable et rend un avis sur une éventuelle responsabilité au plus tard dans les six mois qui suivent.

Il peut exercer un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage

# ARTICLE 48 : Respect de la personne et de la vie privée

*(Art L1110-4 du CSP)*

Le patient est traité avec égards. Ses croyances (religieuses, philosophiques ou politiques) sont respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité.

Tout patient hospitalisé a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui le concernent, dans le cadre général et les exceptions prévues par la loi.

## ARTICLE 49 : Information relative au dossier médical

*(Article L. 1111-7 du CSP)*

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé par des centres de santé, par le service de santé des armées ou par l'Institution nationale des invalides, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Toute personne peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) est saisie.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

À titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la Commission Départementale des Soins Psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L1111-5 et L1111-5-1 , dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du patient, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents

## ARTICLE 50 : Informations nominatives informatisées

Les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives doivent être informées :

- du caractère obligatoire ou facultatif des réponses,
- des conséquences à leur égard d'un défaut de réponse,
- des personnes physiques ou morales destinataires des informations,
- de l'existence d'un droit d'accès et de rectification.

Les données concernant les patients font l'objet d'un traitement informatique dans les conditions fixées par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et règlement européen sur la protection des données (RGPD) du 25 mai 2018.

Le service d'Information Médicale, dont le responsable est un médecin de l'établissement, est chargé du recueil et du traitement des données nécessaires à l'analyse de l'activité médicale.

Il est possible de s'opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et traitement des données nominatives, dans les conditions fixées à l'article 38 de la loi de 1978.

Toutes les mesures sont prises pour préserver la confidentialité des informations.

Le responsable du Département d'Information Médicale (DIM) est chargé du recueil et du traitement des données nécessaires à l'analyse de l'activité médicale.

Les personnes soignées dans l'établissement sont informées par le livret d'accueil ou un autre document écrit :

- Que des données les concernant font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et le règlement européen sur la protection des données (RGPD) du 25 mai 2018,
- Que ces données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement et sont protégées par le secret médical,
- Qu'elles peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification et que ce droit s'exerce, le cas échéant, auprès du médecin responsable de l'information médicale sous couvert du directeur de l'établissement,
- Qu'elles ont le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives les concernant, dans les conditions fixées à l'article 38 de loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée précitée.

## ARTICLE 51 : personne de confiance

*(Art L 1111-6 du CSP)*

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

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

Lors de toute hospitalisation au sein de l'établissement, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

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

## ARTICLE 52 : Directives anticipées

*(Art L1111-4, L1111-11 à L1111-13 et R1111-17 à R1111-20, R1112-2, R4127-37, R4127-37-1, R4127-37-2 & R4127-37-3 du CSP)*

Le Code de la Santé Publique dispose que toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

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

La validité des directives anticipées n'est pas limitée dans le temps. À tout moment et par tout moyen, les directives anticipées sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. La personne chargée de la mesure de protection ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

# SECTION 12 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS HOSPITALISÉS, AUX CONSULTANTS EXTERNES ET AUX RÉSIDENTS

## ARTICLE 53 : Les modalités de séjour

Les établissements hospitaliers et les établissements médico-sociaux du CHARME sont des établissements publics empreints des valeurs d'ouverture, d'accueil et de bientraitance. Toutefois pour garantir la sécurité de tous, leur accès est soumis à des restrictions.

La qualité de l'expérience du patient ou du résident repose aussi sur le respect de chacun :

- Le respect des individus : des autres patients ou résidents, des personnels et de toutes les personnes qui fréquentent les locaux,
- Le respect des installations et du matériel qui sont un bien commun utile à tous,
- Le respect des consignes qui permettent d'organiser les soins et la vie de l'établissement dans un cadre efficace pour apporter le bon soin au bon moment aux personnes qui en ont besoin.

L'offre de soins, d'hébergement et d'accompagnement s'inscrivent dans le modèle de solidarité nationale financé pour partie par l'assurance maladie et la redistribution sociale, et pour partie par la contribution individuelle des patients ou des résidents. Si le soin n'est pas toujours payant, il n'est pas gratuit pour autant.

***L'activité du Centre Hospitalier s'exerce selon différentes modalités :***

- **En consultations externes publiques**. Des consultations externes peuvent aussi être effectuées dans le cadre de l'activité libérale pratiquée par certains praticiens hospitaliers,
- **En hospitalisation** : complète, à temps partiel, ou à domicile,
- **En hébergement** pour les résidents des établissements médico-sociaux.

## ARTICLE 54 : L'admission des patients en hospitalisation

*(Art R1112-11 à R1112-23, art. R1112-27, Art. R1112-43 du CSP)*

### La compétence du directeur

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

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

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

### Admission par le service des urgences

Le Directeur prend toutes mesures, sans préjudice des dispositions relatives au transfert, pour que les soins urgents soient assurés au sein du site, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le Directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état-civil et de tout renseignement sur les conditions de remboursement des frais de séjour en la réalisant provisoirement sous X si les circonstances l'imposent.

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un patient 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 de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

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

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement.

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

Toutes mesures sont prises pour que la famille des patients ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue sauf avis contraire du patient ou du blessé.

## Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

L'admission est décidée, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité de l'hospitalisation, accompagné d'une lettre cachetée du médecin à l'adresse du médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

## Admission programmée

Une convocation est remise ou adressée au patient, après avis du chef de service.

## Admission directe dans un service

Lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement du dossier administratif, non fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

## Admission d'un mineur en service adulte

*Charte de l'enfant hospitalisé (1988), circulaire ministérielle n° 83-24 du 1er août 1983*

Par principe, le mineur ne doit pas être hospitalisé dans un service de médecine adulte. En effet, le point n° 6 de la charte de l'enfant hospitalisé énonce que "*les enfants ne doivent pas être admis dans des services d'adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âges pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité*".

Toutefois, la Charte européenne des enfants hospitalisés, dans son article 4, nuance ces propos dans les termes suivants : « Le droit de l'enfant à être hospitalisé avec d'autres enfants en évitant autant que possible l'hospitalisation avec des adultes".

Dès lors, en cas d'absence de lits disponibles en pédiatrie, ou absence de spécialité pédiatrique, telle que la diabétologie-endocrinologie, les mineurs peuvent être exceptionnellement hébergés en service adulte. Dans cette situation, le ou les enfants concernés doivent être rassemblés dans un secteur où ils bénéficient de la surveillance accrue du personnel et d'un environnement adapté. En aucun cas, ils ne doivent partager la même chambre qu'un adulte, ou être à proximité de patients dont l'état ou le comportement pourrait accroître leur anxiété.

Enfin, s'agissant du cas particulier des adolescents, les équipes médicales et soignantes doivent agir avec la plus grande souplesse en ce qui concerne les âges limites d'admission dans les services d'enfants et d'adultes. En pratique, et à chaque fois que possible, il sera tenu compte des souhaits de l'adolescent quant au type de service où il séjournera.

### Refus de soin

Si l'admission est décidée et que le patient refuse de rester, à quelque moment que ce soit de sa prise en charge, il s'agit d'un refus de soins. Ce refus de soins est à constater selon les modalités définies par les procédures internes de décharge de responsabilité et de déclaration de sortie contre avis médical :

- Tout patient ou blessé en possession de ses facultés dont l'admission est prononcée et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus.
- À défaut, un procès-verbal du refus est dressé par le médecin ou tout autre membre du personnel hospitalier, signé par deux personnes. Ce procès-verbal doit être joint au dossier médical. Le médecin responsable doit, au préalable, notifier au patient les conséquences préjudiciables que représente une telle décision.

## ARTICLE 55 : L'admission des résidents en établissement d'hébergement

*(Art. D312-155-1 du CASF)*

La demande d'admission dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est conforme à un dossier défini par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la santé.

La procédure d'admission est définie par le règlement de fonctionnement de chacun des établissements relevant du périmètre du CHARME. Il prévoit notamment les conditions d'organisation des commissions d'admission et les modalités de correspondance avec les résidents et leurs familles pour préparer l'admission.

Une fois admis, l'établissement doit fournir à la personne accueillie et à sa famille une information sur le fonctionnement de l'établissement, sur ses droits et ses obligations et ses conditions de prise en charge.

Un contrat de séjour est signé avec chaque résident au moment de l'admission, il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût.

## ARTICLE 56 : Admissions anonymes et admissions sous confidentialité

*(Art R1112-28, R1112-38 et R1112-45 du CSP)*

Le patient peut demander que sa présence au sein de l'établissement soit confidentielle. Dans ce cas, son identité ne sera connue que des services hospitaliers et des organismes d'assurance maladie. La confidentialité peut être demandée après la procédure d'admission.

Le patient est toutefois informé des risques encourus par cette demande d'admission sous confidentialité concernant la sécurité de son parcours de soin en l'absence partage ou d'échange possible avec tous les professionnels susceptibles d'intervenir dans sa prise en charge.

Le patient peut demander à être admis de façon anonyme s'il est toxicomane, ou si une parturiente souhaite accoucher sous le secret.

En tout état de cause, l'admission est systématiquement réalisée de façon anonyme pour les dons de gamètes ou d'organes, les consultations anonymes pour la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des maladies sexuellement transmissibles.

## ARTICLE 57 : Formalités administratives

### Dossier administratif

Sous réserve de certaines dispositions, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient ou du résident et aux conditions de sa prise en charge par l'établissement.

L'établissement assure aux patients et aux résidents le respect de leurs droits relatifs à la collecte, la conservation et l'usage de leurs données personnelles, conformément au cadre juridique en vigueur.

### Hospitalisations et consultations externes

Pour son admission dans les services hospitaliers, le patient ou son représentant doit présenter à l'accueil sa carte vitale, sa carte mutuelle en cours de validité ou son attestation de couverture maladie universelle, une pièce d'identité (comportant une photographie). Il peut lui être demandé sa déclaration d'accident du travail en cas d'accident du travail.

Un livret de famille est également demandé si le patient est mineur.

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) sont munis d'une attestation papier avec photographie d'ouverture de droit à l'Aide Médicale État et en cours de validité ou, à défaut, de tous documents nécessaires à la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

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

### Entrée en établissement d'hébergement

Pour son admission en établissement d'hébergement, le résident doit fournir les pièces prévues par le règlement de fonctionnement de chacun des établissements concernés.

## ARTICLE 58 : Dispositions particulières

Des dispositions particulières s'appliquent, pour l'admission de certaines catégories de patients, et en fonction des circonstances de l'hospitalisation :

### Femmes enceintes

*(Art R1112-27 et R1112-28 du CSP)*

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

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 l'article L. 222-6 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise, cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans une maison maternelle du département ou dans celles avec lesquelles le département a passé convention.

Le directeur doit alors informer de cette admission les services de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé.

### Militaires

*(Art R1112-29 du CSP)*

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 le décret n° 74.431 du 14 mai 1974 fixant les conditions de la coopération du service de santé des armées et du service publique hospitalier.

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé du patient le permet, celle-ci est évacuée sur l'hôpital des armées ou le centre hospitalier mixte le plus proche.

## Détenus

*(Art R1112-30 à R1112-33 du CSP)*

Les détenus patients ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du Ministre de la justice et à la diligence du Préfet, admis dans une chambre où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres patients.

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

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

Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes, dans les conditions prévues par l'article D.280 du Code de procédure pénale qui dispose que : "Tout incident grave touchant à l'ordre, à la discipline ou à la sécurité de l'établissement doit être immédiatement porté par le chef de l'établissement à la connaissance du préfet et du procureur de la République, en même temps qu'à celle du directeur régional des services pénitentiaires et du ministre de la justice.

Si l'incident concerne un prévenu, avis doit en être donné également au magistrat saisi du dossier de l'information et, si l'incident concerne un condamné, au juge de l'application des peines.

Si le détenu appartient aux forces armées, l'autorité militaire doit en outre être avisée."

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

## Mineurs

*(Art R1112-34 à R1112-36 du CSP)*

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire, de l'Aide Sociale à l'Enfance. Cette personne doit produire les documents prouvant son autorité parentale (pièce d'identité et livret de famille) ou son appartenance aux services judiciaires 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 directeur d'établissement ou à celle du gardien.

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 ceux-ci ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

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

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

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

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

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

Les bijoux, objets de valeur, sont déposés à la régie du centre hospitalier. Un inventaire, des objets et valeurs déposés en régie, ainsi que des objets conservés auprès du patient, sera alors dressé.

Le directeur, après avis du médecin chef de structure interne, peut autoriser, le père ou la mère de famille, à rester toute la journée et à passer la nuit auprès de son enfant, dans la mesure où les conditions de l'hospitalisation le permettent.

### Majeurs légalement protégés

*(Art L1112-37 du CSP)*

Les biens des majeurs protégés hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues par les articles 491-4, 499 et 500 du code civil et par les décrets n° 69-195 du 15 février 1969 et n° 69-196 du 15 février 1969 fixant les modalités de la gestion des biens de certains incapables majeurs dans les établissements de soins, d'hospitalisation et de cure publics.

### Patients toxicomanes

*(Art L3413-1 à L3413-3, R1112-38 et R1112-39 du CSP)*

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement hospitalier afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission.

Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

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

Chaque fois que le procureur de la République aura enjoint à une personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants, de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale, il en informera l'autorité sanitaire compétente.

L'autorité sanitaire peut être saisie du cas d'une personne usant d'une façon illicite de stupéfiants soit par le certificat d'un médecin, soit par le rapport d'une assistante sociale. Elle fait alors procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

En cas d'interruption du traitement ou de la surveillance médicale, le directeur de l'établissement ou le médecin responsable du traitement en informent immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet.

## ARTICLE 59 : Admission en soins psychiatriques

*(Art L3212-1 à L3212-5 et L3213-1 à L3213-11 du CSP)*

Un patient hospitalisé au sein du CH.AR.ME peut, en fonction de l'évolution de son état de santé, bénéficier de soins psychiatriques dans un établissement de santé, soit spécialisé en soins psychiatriques, soit disposant d'une activité de soins psychiatriques. Dans le cas de soins psychiatriques sans consentement, seul un établissement spécialisé est habilité à prendre en charge les patients. Pour le secteur de l'Ardèche, il s'agit du centre hospitalier de Sainte Marie situé à Privas. La procédure d'admission sans consentement en soins psychiatrie est présentée ci-dessous.

## À la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent est réglementée par l'article L3212-1 du CSP :

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

- Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement,
- Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de cet article.

***Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission :***

- Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du patient ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge le patient. Lorsqu'elle remplit les conditions prévues au présent alinéa, la personne chargée, à l'égard d'un majeur protégé, d'une mesure de protection juridique à la personne peut faire une demande de soins pour celui-ci.
- La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'État.

  La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours, attestant que les conditions prévues aux 1° et 2° du I du présent article sont réunies.

  Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le patient, il constate l'état mental de la personne patient, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le patient. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins,
- Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne patient, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant le patient, il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne patient.
- Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne patient antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.
- Lorsque l'admission a été prononcée en application du présent 2°, les certificats médicaux mentionnés au deuxième et troisième alinéa de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts.

## Sur décision du représentant de l'État

L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État est réglementée par l'article L3213-1 du CSP :

Le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne patient.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'État dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 :

- Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2,
- Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnée aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'État dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public.

Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'État, le patient est pris en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

Lorsque la proposition établie par le psychiatre en application de l'article L. 3211-2-2 recommande une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'État ne peut modifier la forme de prise en charge des personnes mentionnées au II de l'article L. 3211-12 qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9.

Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à l'article L. 3212-11.

## ARTICLE 60 : Dépôt des objets et sommes d'argent

*(Art. L1113-1 à L1113-10, Art. R1113-1 à R1113-9 du CSP)*

### Conditions de dépôt

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

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur sont remis, après inventaire effectué dans le service par le personnel de l'établissement, à la Trésorerie principale.

Au service d'accueil des urgences, un dépôt intermédiaire est réalisé dans un coffre-fort adapté et affecté exclusivement à cet usage.

Si un patient ou blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont celui-ci est porteur est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement et l'accompagnant.

## Responsabilité du CHARME

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

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

## Restitution des objets

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au patient par la Trésorerie de Joyeuse, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt, et d'une pièce d'identité, ainsi qu'un certificat d'hérédité en cas de décès.

Toutefois, ces règles ne sont pas applicables aux patients ayant réalisé un très court séjour au service d'accueil des urgences. Le cas échéant, le dépôt est rendu par un professionnel de ce service.

La Trésorerie de Joyeuse est ouverte du lundi au jeudi, de 08h30 à 12h00 (Adresse : 4 Place de la république, 07260 Joyeuse).

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

Le résident ou son représentant légal disposent librement des effets personnels confiés à l'établissement d'hébergement, moyennant le suivi de l'état d'inventaire dressé à la remise de ces effets. L'établissement remet à ses ayants droits identifiés les effets personnels en cas de décès du résident.

## Abandon des valeurs et effets personnels

Les objets non réclamés un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, sont réputés abandonnés. Ils sont remis à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC) s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à l'administration chargée des Domaines aux fins d'être mis en vente.

L'administration chargée des domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement détenteur.

# ARTICLE 61 : Règlement des frais d'hospitalisation

*(Art R1112-24 à R1112-26 du CSP)*

## Facturation des séjours, des consultations et prestations particulières

À l'exception des prestations financées spécifiquement, les actes réalisés par les différents services d'hospitalisation et de consultation ainsi que les prestations particulières (chambre simple, équipement multimédia, services complémentaires) sont systématiquement facturés.

Les tarifs applicables sont portés à la connaissance du public.

La facturation peut faire l'objet d'une absence de recouvrement, sur décision du directeur.

Pour leur règlement, tout ou partie du montant peut être adressé directement aux organismes payeurs qui les prennent en charge, soit recouvrés immédiatement ou a posteriori, auprès des patients ou des consultants, de leurs représentants légaux ou de leurs ayants droits en cas de décès.

La facturation peut être émise pour recouvrement dans le délai de la prescription légale.

### Frais d’hospitalisation pris en charge

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 et, le cas échéant, des tiers payeurs (mutuelles, assurances complémentaires, CMU-C, etc.) pour le recouvrement des sommes restant à la charge des patients.

Les bénéficiaires de l'aide médicale d’état (AME) sont munis d'une décision d'admission d'urgence ou, à défaut, de tous documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

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

### Reste à charge et patients sans régime de protection

Les patients qui ne bénéficient pas des régimes de protection ci-dessus énumérés doivent verser à la Caisse de l'établissement, au moment de leur admission, une somme correspondant à cinq jours d'hospitalisation au tarif du service qui les accueille, somme qui viendra en déduction sur le titre de recettes correspondant à leur séjour.

## ARTICLE 62 : Règlement des frais de séjour en EHPAD

La fixation du tarif et les conditions de règlement des frais de séjour en EHPAD sont indiquées dans les contrats de séjour des résidents.

# SECTION 13 : SECOURS D'URGENCE ET SITUATIONS DE CRISE

## ARTICLE 63 : Organisation des secours et des soins d'urgence

### Intervention des personnels en cas d'urgence et accident survenant à proximité immédiate du Centre Hospitalier

Le Centre Hospitalier dispose d'un service de secours médical urgent (SMUR).

En règle générale, en situation d'urgence, le Centre de régulation (Centre 15 SAMU) en charge d'évaluer la situation et de dépêcher sur place le service de secours (SMUR ou Pompiers).

Le patient est ensuite orienté vers le service approprié pour sa prise en charge, en fonction de sa situation et du choix qu'il exprimé.

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

***Deux types de mesures doivent simultanément être mises en œuvre :***

- **l'alerte** des services chargés de l'aide médicale urgente (SAMU, SMUR ou SSIAP),
- **l'envoi** sur les lieux d'une équipe chargée de donner les premiers soins, d'apprécier la gravité de la situation, de prendre toutes les mesures de protection nécessaires avant l'arrivée des services compétents et de transmettre à ces derniers le bilan et les besoins constatés.

### Accueil et admission en urgence

Le patient est accueilli et admis en urgence conformément aux dispositions prévues par le présent règlement intérieur.

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

Une fiche de signalement d'événement indésirable (FSEI) est établie par la structure des urgences et transmise au directeur du Centre hospitalier pour signaler chaque dysfonctionnement constaté dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients.

Le service en charge du suivi de la qualité procède régulièrement à leur analyse et à leur évaluation.

### Transfert - réorientation

Lorsque l'état du patient requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein de l'établissement, son transfert est organisé sous la responsabilité du Centre hospitalier.

Si l'état du patient ou la situation ne relève pas des soins urgents, le patient peut être réorienté vers les services médicaux de garde.

En toute situation la prise en charge au service des urgences est réalisée suivant la gravité relative des patients admis et ne dépend pas de leur ordre d'arrivée ou d'admission.

L'appréciation de la gravité de la situation incombe aux personnels soignants (médecins et infirmiers d'orientation).

Tout patient ou accompagnant qui fait preuve d'irrespect envers le personnel de l'hôpital et qui perturbe la tranquillité ou la sécurité des autres patients et visiteurs est susceptible de poursuite.

## ARTICLE 64 : Plan de Gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles

*(Art L3131-7 et Art R3131-4 et R3131-5 du CSP)*

Le CHARME est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale.

***Ce plan s'appuie sur trois éléments de doctrine :***

- **Un dispositif de montée en puissance gradué à deux niveaux** pouvant être mis en œuvre dès lors que l'établissement est confronté à une situation, pour laquelle la gestion courante seule ne suffit pas,
- **La structuration d'une cellule de crise hospitalière (CCH)** pilotée par le Directeur général de l'établissement qui constitue l'organe de commandement de l'établissement lors de la survenue d'un événement ayant un impact sur l'organisation hospitalière,
- **Des outils de réponse** préparés en amont pour faire face à toutes situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation interne de l'établissement. Ces outils de réponse permettant de réguler l'offre de soins (libération de lits, mobilisation supplémentaire de moyens humains et matériels, adaptation des capacités d'accueil, déprogrammation d'activités) ou de répondre à des situations spécifiques (NRBC, afflux massif de blessés, épisode environnemental, épidémie, médico-psychologique, cyber, etc…).

L'ensemble de ces éléments, intégré dans un plan global de gestion des tensions hospitalières et des SSE, doit permettre à l'établissement de santé d'apporter une réponse adaptée et progressive selon la nature, l'importance en termes sanitaire et la cinétique de l'événement. L'organisation de la montée en puissance repose sur la mise en place d'une gradation selon deux niveaux :

### Niveau 1 – « Plan de mobilisation interne » :

Pour la gestion des tensions ou des situations avérées potentiellement critiques sans toutefois mettre à court terme, l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant. Ce type de situation est toutefois suffisamment critique pour exiger une organisation particulière, une vigilance active et la mise en œuvre le cas échéant de mesures d'anticipation ou de gestion. Ce niveau, qui correspond à l'activation du plan de mobilisation interne, nécessite la mise en place d'une CCH restreinte. Exemple de situations : gestion interne d'une épidémie saisonnière (ex : grippe), crise de l'approvisionnement en carburants, crues et inondations (réponse de niveau 1 engagée lorsque les informations météorologiques le justifient). Le niveau 1 peut également correspondre à l'anticipation d'un risque pouvant menacer l'établissement (ex : menace d'attentats) et nécessitant une mise en pré-alerte avec l'activation de la cellule de crise hospitalière et la mobilisation des services concernés.

### Niveau 2 – « Plan blanc » :

Pour la gestion des situations exceptionnelles avec un impact potentiellement majeur sur l'établissement de santé. Ce niveau qui correspond à l'activation du plan blanc, permet la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement (moyens humains et logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par une CCH structurée. Il permet d'assurer la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels tout en maintenant la continuité et la qualité des soins, des patients non directement impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Il permet aussi de préserver la sécurité des patients et des personnels (ex. afflux de victimes potentiellement contaminées).

## ARTICLE 65 : Plan Bleu

*(Art D312-160 du CASF)*

Les EHPAD dépendant du Centre Hospitalier disposent, au titre de leur projet d'établissement respectif, d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (grand froid, canicule, inondation, etc…).

Ce plan, appelé « **plan bleu** » est disponible dans chaque établissement et organise les parcours et les coopérations fonctionnelles entre les sites et service rattachés au Centre hospitalier.

***Il comprend trois volets thématiques :***

- Le volet évacuation de l'établissement
- Le volet risque canicule
- Le volet risque infectieux.

# SECTION 14 : CONDITIONS GÉNÉRALES DE SÉJOUR

## ARTICLE 66 : Régime d'hospitalisation

L'hospitalisation connaît deux régimes : le régime commun et le régime exercé dans le cadre strict de l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

Lorsque l'état d'un patient hospitalisé requiert son isolement en chambre à un lit, et si le service d'hospitalisation en est pourvu, il y est admis dans les meilleurs délais.

Par ailleurs les demandes d'hospitalisation en chambre individuelle exprimées par les patients hospitalisés seront laissées à l'appréciation du chef de service. Il est rappelé que l'hospitalisation en chambre individuelle à la demande du patient fait l'objet d'une facturation particulière.

## ARTICLE 67 : Accueil

L'accueil des patients hospitalisés ou des résidents et des accompagnants est assuré, dans chaque service, par un personnel spécialement préparé à cette mission.

## ARTICLE 68 : Livret d'accueil – informations relatives au séjour

Au moment de son hospitalisation ou de son entrée en établissement d'hébergement, le patient ou le résident reçoit un livret d'accueil et lui sont communiquées automatiquement ou sur demande les informations nécessaires pour son séjour, notamment :

- La Charte du patient hospitalisé,
- La liste des services de l'hôpital,
- Les informations sur le service infirmier,
- La liste des formalités d'admission et de sortie,
- Les modalités de prise en charge et de paiement des frais d'hospitalisation,
- Les indications sur les conditions de séjour (horaires des repas, des visites, location de téléviseurs, etc.),
- Les indications relatives au service social,
- Le rappel de certains droits et obligations du patient.

## ARTICLE 69 : Comportements des hospitalisés – Désordres

Les patients et consultants doivent se prêter aux examens courants réalisés par le personnel médical disponible quel que soit le sexe de celui-ci.

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

Les patients doivent veiller à respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article.

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

## ARTICLE 70 : Hygiène et linge

Pour des raisons d'hygiène hospitalière, le stockage de denrées alimentaires périssables dans les chambres n'est pas autorisé.

L'établissement fournit et entretient le linge hôtelier et le linge des résidents des EHPAD pendant le séjour. Il est demandé d'apporter ou de faire apporter du linge personnel. Les nécessaires de toilette ne sont pas fournis par l'hôpital.

## ARTICLE 71 : Jouets personnels

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

## ARTICLE 72 : Effets personnels

Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le patient peut, s'il le souhaite, conserver ses vêtements et son linge personnels, à charge pour lui d'en assurer l'entretien.

## ARTICLE 73 : Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital

Les patients ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans autorisation d'un membre du personnel soignant, ils doivent être revêtus d'une tenue décente. A partir du début du service de nuit, les patients doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

## ARTICLE 74 : Exercice du culte

Le Centre Hospitalier met tout en œuvre pour que le patient hospitalisé soit mis en mesure de participer à l'exercice individuel de son culte dans sa chambre d'hospitalisation, il reçoit, sur demande de sa part adressée au cadre de santé de l'unité de soins, la visite du ministre du culte de son choix.

Toutefois, l'exercice du culte doit se faire dans le respect des personnes tiers dans le cas d'une hospitalisation en chambre double. Au-delà des possibilités ci-dessus évoquées, toute autre forme de pratique cultuelle est interdite dans les locaux et circulations communes.

En outre, les signes ostentatoires ne doivent en aucun cas faire obstacle, ni au bon exercice de la médecine et des soins, ni au contrôle efficace de l'exercice du droit de visite.

À cet égard, l'expression des convictions religieuses ne doit pas porter atteinte :

- à la qualité des soins et aux règles d'hygiène (le patient doit accepter la tenue vestimentaire imposée compte tenu des soins qui lui sont donnés),
- à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches,
- au fonctionnement régulier du service.

## ARTICLE 75 : Modalités d'exercice du droit de visite

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

Le directeur ou son représentant, doivent donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou proches des patients ou des personnels.

Toute personne ou institution étrangère au service, ne peut effectuer une visite d'un service sans l'autorisation préalable du directeur ou de son représentant qui sollicite, si besoin est, l'avis du chef de service.

- Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n’ont pas, à titre professionnel, accès auprès des patients, sauf accord de ceux-ci et du chef de service et après autorisation du directeur ou de son représentant. Les journalistes, photographes, démarcheurs et agents d'affaires qui pénètrent, sans autorisation du directeur, dans les chambres et les services dans l'intention d'y exercer leur activité, doivent être immédiatement exclus.
- Les notaires, qui ont la qualité d’officier public, n’ont pas à solliciter une quelconque autorisation, de la part de l’administration, pour se rendre auprès des patients qui en ont fait la demande, quel que soit l’état de santé de ces derniers.
- Les associations et organismes qui envoient auprès des patients des visiteurs bénévoles, doivent, préalablement, obtenir l’agrément de l’administration. Leurs représentants doivent porter un badge distinctif.
- Les animaux domestiques, ne peuvent être introduits dans l’enceinte du centre hospitalier, sauf les chiens d’aveugles, qui peuvent accompagner leur maître, jusque dans les halls d’accueil, lorsque celui-ci vient pour des soins.
- Les patients peuvent demander, au cadre de santé, de ne pas permettre aux personnes qu’ils désignent, d’avoir accès auprès d’eux.

## ARTICLE 76 : Présence des visiteurs

Les visites aux patients ont lieu de 12h à 20h

Des dérogations à ces horaires peuvent, en outre, être autorisées avec l'accord du médecin responsable et du cadre du service, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Lorsque l'état du patient le justifie ou lorsque le patient est un enfant de moins de quinze ans, la présence d'un accompagnant peut-être autorisée hors des heures de visite.

L'attention de l'accompagnant est appelée sur le fait qu'il ne doit, en aucun cas, contrarier l'action médicale ou troubler le repos des autres patients.

Le médecin responsable peut limiter ou supprimer les visites en fonction de l'état de patient.

Pour des raisons d’hygiène, il est interdit d’apporter des fleurs ou des plantes en pot.

## ARTICLE 77 : Comportement des visiteurs

Pour des raisons de sécurité, les visiteurs et les patients ou consultants doivent être identifiables par le personnel médical, soignant et administratif de l’hôpital.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des services. Le nombre de visiteurs pour chaque patient doit être limité à trois personnes. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite, pourront être décidées par le directeur ou son représentant, après avis du responsable de l'unité de soins.

Les visiteurs et les patients ne doivent introduire dans l'établissement, ni boissons alcoolisées, ni drogues, ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

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

En cas de méconnaissance de ces prescriptions, les denrées et boissons, introduites en fraude, peuvent être confisquées.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Il leur est interdit de fumer dans l'ensemble des unités d'hospitalisation.

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

***Le droit aux visites existe d'une manière générale, sauf exceptions :***

- Légales, pour les patients sous surveillance de la police,
- Cliniques, pour les patients hospitalisés dans des unités de soins spécialisées où les visites sont interdites- ou limitées en nombre ou en durée -par le responsable médical ou le directeur.

## ARTICLE 78 : Restauration

Les menus sont établis par la commission des menus sous la coresponsabilité des services de restauration.

Les menus du jour sont complétés par une carte de plats au choix permettant de proposer une alternative aux consommateurs quel que soit son profil alimentaire (combinaison d'un régime, d'une texture et d'un mode de préparation).

L'alimentation peut donc être adaptée à l'état de santé et le plus possible aux goûts et habitudes alimentaires du patient ou du résidant.

Tout régime doit faire l'objet d'une prescription médicale diététique écrite datée et signée dans le dossier de soin du patient.

Pour des raisons d'hygiène alimentaire et de respect du régime prescrit, les aliments provenant de l'extérieur ne sont pas autorisés.

En cas d'apports provenant de l'extérieur, l'hôpital décline toute responsabilité, notamment face à une éventuelle intoxication alimentaire.

## ARTICLE 79 : Repas aux accompagnants et nuitées

Un repas peut être servi aux personnes, rendant visite aux patients, qui en manifesteront le désir. La demande est faite auprès de la cadre de santé du service.

Ces repas sont facturés, au tarif visiteur fixé, annuellement, par le Directoire de l'établissement.

Il est admis, à titre exceptionnel et sous réserve d'autorisation, qu'un proche puisse passer la nuit auprès d'un patient. Selon les disponibilités, un lit d'appoint pourra lui être proposé. Un petit déjeuner peut être servi à titre payant.

## ARTICLE 80 : Service social

Le service social est à la disposition des hospitalisés et de leurs familles. Il est ouvert du lundi au vendredi, de 9 h 00 à 17 h 00. En outre, il est possible, pour un patient, de demander la visite d'une assistante sociale, par l'intermédiaire du cadre de santé ou du secrétariat du service.

## ARTICLE 81 : Service Courrier

Le vaguemestre procède à la levée du courrier deux fois par jour, le matin et l'après-midi.

## ARTICLE 82 : Téléphone

Les patients ont la possibilité d'utiliser le téléphone mis à disposition dans leur chambre, ils sont tenus d'acquitter les frais correspondants. S'ils ne disposent pas d'un appareil dans leur chambre, en cas d'urgence sans gêner le fonctionnement du service ils peuvent à titre exceptionnel recevoir des communications téléphoniques dans le service.

Pour des raisons de précaution, l'usage des téléphones portables est déconseillé à proximité des appareils médicaux. Les différents services peuvent en outre interdire l'usage du téléphone lorsqu'ils le jugent nécessaire pour la sécurité des patients.

## ARTICLE 83 : Télévision et radio

Les appareils de télévision personnels ne sont pas autorisés dans l'établissement. En aucun cas les récepteurs de radio, de télévision et autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du patient ou de ses voisins.

L'usage de la télévision et de la radio ne doit pas perturber le repos des autres patients du service, en particulier celui du voisin de chambre pour les chambres doubles.

Pour éviter de gêner le repos des autres patients, des casques audio peuvent être mis à disposition des utilisateurs.

Les patients ont la faculté d'accéder à ce service. Ils peuvent ouvrir un compte auprès de la société prestataire. Cette prestation est tarifée

## ARTICLE 84 : Accès internet par WIFI

L'établissement met à disposition des patients un accès internet via wifi. Ce service est gratuit. L'ouverture d'un compte wifi se fait auprès du standard.

## ARTICLE 85 : Interdiction des gratifications et des dépôts

Il est interdit aux patients de donner une quelconque gratification en espèces ou en nature aux agents du personnel. De même, ils ne doivent pas leur confier d'objets personnels et/ ou de valeur.

Le personnel, quant à lui, ne doit accepter ni gratification, ni dépôt, même temporaires.

## ARTICLE 86 : Autorisations de sortie – Permissions

*(Art R1112-56 à R1112-67 du CSP)*

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

Ces permissions de sortie sont données sur avis favorable du médecin responsable, par le directeur.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, le service, après en avoir informé la Direction, clôture son dossier médical comme une fin d'hospitalisation. Ce patient ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

## ARTICLE 87 : Formalités de sortie

Lorsque l'état de santé, du patient, ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable.

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

Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de moyen ou long séjour adapté à son cas.

Le patient doit se voir remettre le jour même une lettre de sortie contenant les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuité de ses soins, de ses traitements et à la justification de ses droits.

Le médecin traitant ou la structure d'aval doit également être informé, dès la sortie du patient, des prescriptions médicales que le patient doit continuer à suivre, il doit recevoir toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du patient.

## ARTICLE 88 : Sortie contre avis médical

À l'exception des mineurs, des majeurs protégés et des personnes hospitalisées d'office, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

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

Lorsque le patient refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé, signé par deux témoins, membres du personnel.

## ARTICLE 89 : Sortie disciplinaire

La sortie des patients peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par mesure disciplinaire dans les conditions et selon les modalités fixées par l'article 89 du présent règlement intérieur. Le service de sécurité pourra être appelé à intervenir en cas de difficultés.

## ARTICLE 90 : Sortie après refus de soins

Lorsqu'un patient n'accepte aucun des traitements, interventions ou soins proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par le directeur ou son représentant, après signature par le patient d'une décharge, rédigée par le médecin, constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé et signé par deux agents du service. Un exemplaire de la lettre de décharge ou du procès-verbal est remis ou adressé au patient, un autre à son médecin traitant et l'original est conservé dans le dossier patient.

## ARTICLE 91 : Sortie des patients à l'insu du service

### Patient majeur :

Par respect de la liberté d'aller et venir de chacun, aucune action ne doit être engagée en cas de sortie d'un patient majeur à l'insu du service sauf :

- si cette sortie de l'hôpital présente un danger que le patient ne mesure pas forcément
- s'il s'agit d'un patient qui présente des troubles cognitifs importants et n'est pas en capacité de mesurer les conséquences de ses actes

Dans ces deux situations, les mesures explicitées sont disponibles sur la fiche technique dans Bluekango.

### Patient mineur, majeur sous tutelle, majeur relevant de soins psychiatriques sous contrainte, gardée à vue, prévenues ou détenues.

En cas de sortie à l'insu du service d'un patient mineur, majeur sous tutelle, majeur relevant de soins psychiatriques sous contrainte, gardée à vue, prévenues ou détenues. Les mesures à accomplir sont détaillées dans la fiche technique disponible sur Bluekango.

## ARTICLE 92 : Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

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

Le mineur n'a pas la capacité de signer une attestation s'il veut quitter l'établissement contre avis médical.

Cette demande ne peut être présentée, que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant. Cette personne fournit les éléments prouvant son autorité parentale (pièce d'identité et livret de famille).

Elle signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant par cette sortie, si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Si cette demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le directeur ou son représentant saisit le Ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la prochaine sortie du mineur. Elles doivent faire connaître à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

## ARTICLE 93 : Sortie des nouveau-nés

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

## ARTICLE 94 : Aggravation de l'état de santé

Lorsque le patient est en fin de vie, il est transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir. Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants, ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer, en dehors des heures de visite, si les modalités d'hospitalisation du patient le permettent.

En tout état de cause, cette faveur peut être retirée à tout moment, si elle était source de difficulté de fonctionnement et venait à troubler la quiétude des autres patients.

## ARTICLE 95 : Transports

Si l'état de santé du patient nécessite un moyen de transport particulier, un certificat médical prescrivant l'utilisation d'un taxi ou d'une ambulance peut être délivré par le médecin du service.

## ARTICLE 96 : Enquêtes de satisfaction

Le CHARME a fait le choix, dans une démarche de recherche d'efficience de sa démarche qualité et gestion des risques, de substituer, au questionnaire de sortie, des enquêtes de satisfaction ciblées et ponctuelles. Dans ce cadre, tout patient peut se voir proposer de répondre à une enquête de satisfaction ciblée :

- Par l'intermédiaire d'un questionnaire de satisfaction papier au cours de son hospitalisation,
- Par l'intermédiaire d'un questionnaire dématérialisé après son hospitalisation, notamment dans le cadre de l'enquête nationale e-satis pilotée par la haute autorité de santé (HAS).

Si cette participation est encouragée, elle reste libre, chaque patient pouvant refuser d'y participer.

## ARTICLE 97 : Horaires de sortie

La sortie du patient est décidée par le médecin en fonction de son état de santé. Dans un souci de faciliter les entrées et sorties, les sorties doivent être privilégiées le matin.

## ARTICLE 98 : Conservation des informations concernant la santé des patients

*(Art R1112-7 du CSP)*

Le directeur de l'établissement veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations ainsi conservées ou hébergées.

Le dossier médical est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès.

Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement.

À l'issue du délai de conservation mentionné à l'alinéa précédent et après, le cas échéant, restitution à l'établissement de santé des données ayant fait l'objet d'un hébergement, le dossier médical peut être éliminé. La décision d'élimination est prise par le directeur de l'établissement après avis du médecin responsable de l'information médicale.

Tout médecin qui est amené à donner des soins à une personne a accès à son dossier. Tout autre médecin demandant à consulter le dossier doit obtenir le consentement de la personne concernée.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les médecins responsables prennent toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin conseil de la sécurité sociale, les documents médicaux nécessaires à l'exercice du contrôle.

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

## ARTICLE 99 : Information du médecin traitant

*(Art R1112-6 du CSP)*

Les établissements publics de santé sont tenus d'informer par écrit le médecin désigné par le patient hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le patient et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné dans les conditions ci-dessus et qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du patient.

### En cours d'hospitalisation

En fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation et, en tout état de cause, avant la fin de la deuxième semaine d'hospitalisation, le médecin responsable du patient communique au médecin (ou à la sage-femme) désigné par le patient ou sa famille et qui a fait la demande écrite toute information relative à l'état du patient.

### À la sortie du patient

Le médecin traitant est informé dès la sortie du patient, par courrier, des prescriptions médicales auxquelles le patient doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du patient.

## ARTICLE 100 : Communication des résultats d'examens anatomo et cytopathologiques des patients hospitalisés et des consultants externes

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

Les patients qui le souhaitent, peuvent désigner tout médecin de leur choix qui recevra copie des résultats, à condition que ce praticien figure dans l'annuaire des "Docteurs en médecine en exercice". Le secret médical n'étant pas opposable au patient ces résultats peuvent lui être communiqués par le médecin prescripteur.

## ARTICLE 101 : Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale

Le médecin traitant peut assister aux interventions chirurgicales que le patient aurait éventuellement à subir au cours de son hospitalisation, avec l'accord du patient et du chirurgien ou du chef de service.

# SECTION 15 : LE DÉCÈS D'UN PATIENT HOSPITALISÉ

## ARTICLE 102 : Fin de vie

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle.

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

## ARTICLE 103 : Constat du décès

Les décès sont constatés par un médecin, conformément aux dispositions du Code Civil. Un médecin établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des entrées.

Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial. Copie en est transmise dans les vingt-quatre heures au bureau d'État Civil de la Mairie d'Aubenas ou de Vals-les-Bains.

## ARTICLE 104 : Notification du décès

La famille ou les proches sont prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du patient et du décès de celui-ci. Le décès est confirmé par tout moyen.

***La notification du décès est faite pour :***

- Les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche,
- Les militaires, à l'autorité militaire compétente,
- Les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil général.

Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur à son domicile habituel.

## ARTICLE 105 : Déclaration "d'enfant sans vie"

*(Article 79-1 du Code Civil)*

***Est considéré comme un enfant né sans vie :***

- L'enfant, sans vie au moment de la déclaration à l'état civil, est né vivant, mais non viable,
- L'enfant est décédé avant la déclaration de naissance à la mairie, sans certificat médical précisant qu'il est né vivant et viable,
- L'enfant est mort-né.

Pour chacun de ces cas, la "déclaration d'enfant sans vie" est établie conformément aux dispositions du décret du 4 juillet 1806 (article 79-1 du Code Civil).

La déclaration « d'enfant sans vie » doit être faîte auprès de l'état civil et l'officier d'état civil établit un acte d'enfant né sans vie. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement. L'enfant n'a pas la personnalité juridique. Il peut y avoir un traitement funéraire du cadavre de l'enfant.

Les parents disposent de dix jours à compter de l'accouchement pour réclamer le corps d'un enfant né sans vie et organiser des obsèques (article R. 1112-75 du code de la santé publique).

En cas de non réclamation de l'enfant sans vie dans les dix jours, l'établissement hospitalier fait le nécessaire. Il dispose alors de deux jours francs pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

## ARTICLE 106 : Toilette, inventaire et transport des corps en chambre mortuaire

Lorsque le décès a été médicalement constaté, l'infirmier(e) de service et un autre agent du service dressent, sous la responsabilité du cadre de santé, l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc. qu'il possédait.

Il procède ensuite à la toilette mortuaire, en chambre ou en chambre mortuaire selon les rites et croyances exprimés par le patient défunt ou ses proches. Ces derniers peuvent rendre visite au patient défunt soit directement en chambre, soit en chambre mortuaire. En toute état de cause, le patient défunt doit être transféré en chambre mortuaire dans un délai maximal de 10 heures après le constat de son décès.

La durée de cette conservation en chambre mortuaire ne peut excéder dix jours, délai correspondant au délai légal pendant lequel la famille peut réclamer le corps.

De manière générale, le délai pendant lequel le corps de la personne décédée restera dans la chambre mortuaire ne doit pas excéder six jours puisqu'il s'agit, par principe, de la date limite à l'issu de laquelle l'inhumation ou la crémation doit avoir lieu. Seuls les corps non réclamés par leurs familles ou leurs proches peuvent y rester pendant une durée maximale de dix jours.

Il appartiendra à l'établissement d'obtenir une autorisation préfectorale dès lors que le délai de six jours.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire du corps d'une personne décédée sont gratuits pendant les trois premiers jours à la suite du décès. Au-delà, ils sont facturés 50€ par jours.

## ARTICLE 107 : La non-réclamation du corps du patient défunt

*(Articles R. 1112-75 et R. 1112-76 du CSP)*

La famille ou à défaut les proches disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée (article R. 1112-75 et R. 1112-76 du code de la santé publique).

À défaut, l'hôpital est chargé d'organiser les obsèques et l'inhumation dans les deux jours francs. Les obsèques sont organisées en tenant compte des réserves financières du défunt.

La commune sera tenue de payer ou rembourser ces obsèques uniquement dans le cas d'une personne dépourvue de ressources suffisantes.

Si l'avoir laissé par le défunt à l'hôpital est insuffisant mais qu'il ne s'agit pas d'une personne dépourvue de ressources suffisantes, l'établissement de santé doit prendre en charge les funérailles. Par la suite, il doit tenter de récupérer auprès de sa succession les dépenses assumées pour les funérailles, voire en demander le remboursement auprès des descendants.

## ARTICLE 108 : Indices de mort violente ou suspecte

Dans le cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le directeur, prévenu par le médecin responsable en avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code Civil.

## ARTICLE 109 : Mesures de police sanitaire

*(Articles R2213-2-1, R2213-26 à R2213-27 du Code général des collectivités territoriales & le R1112-74 du CSP)*

Le transport du corps ne peut être effectué que sur production d'un certificat, signé par le médecin service ou son remplaçant, constatant que le défunt n'était pas atteint d'une des maladies contagieuses, dont la liste est fixée, par l'arrêté du 20 juillet 1998 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires.

Les corps des personnes décédées, à la suite d'une de ces maladies contagieuses, subissent des mesures spécifiques définies par les règlements sanitaires.

Lorsque le décès soulève un problème médico-légal, le service dans lequel le décès a eu lieu en tient informé le Directeur ou son représentant. Celui-ci tient le corps à la disposition des forces de police.

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène.

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

## ARTICLE 110 : Prélèvements d'organes

Ces prélèvements peuvent être effectués dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus de tels prélèvements.

## ARTICLE 111 : Prélèvement à des fins scientifiques (autopsies)

Les prélèvements à des fins scientifiques en vue de rechercher les causes du décès peuvent être réalisés dans les locaux de la chambre mortuaire.

Ces prélèvements sont pratiqués, à la demande écrite et motivée d'un médecin d'une unité de soins. Si le patient décédé est mineur, le consentement de la famille est obligatoire.

## ARTICLE 112 : Transport de corps avant mise en bière

*(Articles R. 2213-7 à R. 2213-14 du Code général des collectivités territoriales)*

Le transport du corps sans mise en bière peut être effectué vers le domicile du défunt, la résidence d'un membre de sa famille ou une chambre funéraire.

Les opérations de transport de corps avant mise en bière sont achevées dans un délai maximum de quarante-huit heure à compter du décès (article R. 2213-11 du CGCT). À défaut, le corps de la personne décédée pourra être transporté qu'après mise en bière.

Le départ du corps de la chambre mortuaire doit être renseignée sur le registre de suivi des corps de l'hôpital. La date et l'heure de départ, la destination à savoir pour l'inhumation ou la crémation doit être indiquée. L'agent de sécurité doit préciser son nom et signée. A cela s'ajoute, la raison sociale, l'adresse et le numéro de téléphone de l'opérateur funéraire.

Dans le cas où le patient défunt porté une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, une attestation d'explantation du stimulateur cardiaque doit avoir été signée par le médecin ayant réalisé le geste.

Le transport de corps des personnes défuntes avant mise en bière doit être effectué au moyen de véhicules spécialement aménagés et réservés aux transports mortuaires en respectant les articles D2223-110 à D2223-115 du code général des collectivités territoriales.

### Deux cas sont à différencier :

***Le transport de corps avant mise en bière vers une chambre funéraire***

Le transport du corps d'une personne décédée avant mise en bière vers une chambre funéraire est subordonné à la réalisation d'une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu du dépôt du corps (article R. 2213-7 du CGCT) ET à la demande écrite :

- Soit de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état civil et de son domicile,

- Soit de la personne chez qui le décès a eu lieu, à condition qu'elle atteste par écrit qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver dans un délai de douze heures à compter du décès l'une des personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles,
- Soit du directeur de l'établissement, dans le cas de décès dans un établissement de santé public ou privé qui n'entre pas dans la catégorie de ceux devant disposer obligatoirement d'une chambre mortuaire conformément à l'article L. 2223-39, sous la condition qu'il atteste par écrit qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver dans un délai de dix heures à compter du décès l'une des personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles. Dans ce cas, les frais résultants du transport à la chambre funéraire sont à la charge de l'hôpital ainsi que les frais de séjour du corps durant les trois premiers jours suivant l'admission.

***Le transport de corps à résidence avant mise en bière***

Le transport du corps d'une personne décédée avant mise en bière vers le domicile ou la résidence d'un membre de sa famille est subordonné à la réalisation d'une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu du dépôt du corps (article R. 2213-7 du CGCT). De plus, ce transport est également subordonné à la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles, et à l'accord du directeur de l'établissement de santé au sein duquel le décès est survenu (article R. 2213-8 du CGCT).

Si le retour du corps au domicile du défunt ou de celui d'un proche demandé par les membres de la famille, tous les frais de transport et d'hébergement seront à leur charge.

Lorsque le corps est transporté avant mise en bière hors de la commune du lieu de décès ou de dépôt, une copie de la déclaration de transport est immédiatement adressée, par tout moyen, au maire de la commune où le corps est transporté.

## ARTICLE 113 : Inhumation

Les familles ont l'entière liberté du choix de l'entreprise de pompes funèbres qui sera chargée des obsèques.

Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques, des différentes catégories d'hospitalisés, sont pris en charge soit par les services d'aide sociale, soit par les organismes de sécurité sociale, soit par la Commune ou l'État, soit par l'établissement ou la succession, sont déterminées par les lois et règlements en vigueur et notamment par les articles L.2223-19 à 27 du Code général des collectivités territoriales.

# SECTION 16 : DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ DES USAGERS ET À LA GESTION DES RISQUES

## ARTICLE 114 : Rapports avec l'autorité de police ou de gendarmerie

Le directeur de l'hôpital, en sa qualité de représentant légal de l'établissement, a la responsabilité d'organiser les relations avec les forces de l'ordre. Le directeur ou son représentant, administrateur de garde notamment, décide s'il y a lieu de demander une intervention des forces de l'ordre au sein de l'hôpital, appréciant si cette intervention est nécessaire.

Cette mesure pourra être déléguée au service sécurité qui en informera systématiquement le directeur et son représentant.

## ARTCLE 115 : Sécurité incendie

Le CHARME fait procéder à tous les contrôles et toutes les formalités obligatoires en matière de sécurité incendie et d'accessibilité aux personnes handicapées.

En cours d'exploitation, il fait procéder aux contrôles réglementaires et demande le passage des commissions de sécurité. Il veille à la levée des observations issues de ces rapports.

La maintenance préventive périodique des dispositifs de sécurité est organisée sous l'autorité du directeur ou son représentant. À ce titre, il veille à la formation et à l'habilitation du personnel interne intervenant, et il fait établir les contrats nécessaires avec des organismes extérieurs.

Le directeur ou son représentant veille aussi à l'organisation fonctionnelle de la sécurité incendie sur l'intra et l'extra hospitalier. Il fait établir les plans de prévention et d'organisation interne nécessaires au fonctionnement. Il coordonne la politique générale de sécurité incendie avec les structures hébergées par convention sur les sites du CHARME en assurant la charge et la fonction de directeur unique de sécurité et désigne, en ce sens, un responsable unique de sécurité. Dans le cadre de l'application pratique de ces organisations, il veille à la mise en place et à l'effectivité des différentes formations incendie utiles et adaptées aux activités, structures et personnel de l'établissement.

## ARTICLE 116 : Risques techniques

Le directeur ou son représentant prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des personnes fréquentant chaque site.

À 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 assure un suivi 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 règles qu'ils ont à connaitre.

Suivant les instructions de la direction, et dans les domaines relevant de leurs compétences réciproques, les directions concernées organisent la continuité du service sur le plan technique afin que l'institution puisse faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement.

Elles désignent respectivement les agents qui assurent ces interventions.

## ARTICLE 117 : Contrôle d'accès

Le directeur ou son représentant définit et organise les conditions d'accès au CHARME.

Les règles d'accès aux bâtiments pour les patients et les visiteurs sont définies par les différents services. En cas de situation particulière, ces règles peuvent être modifiées sans préavis. Le personnel est autorisé à accéder uniquement aux bâtiments et aux locaux où il est appelé à exercer.

Sauf cas particulier, cet accès est limité aux horaires où il est en fonction.

Le dispositif de contrôle d'accès physique par clé ou badge est organisé selon un organigramme validé par le directeur ou son représentant. Toute personne détentrice d'un de ces dispositifs en est responsable.

## ARTICLE 118 : Sécurité du système d'information

Le Système d'Information est un socle essentiel dans la réalisation des missions de soins du CHARME.

### Protection des données personnelles

(cf. Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et règlement européen sur la protection des données (RGPD) du 25 mai 2018) est mis en place dans l'établissement par le Délégué à la protection des données (DPD ou DPO) et la gestionnaire des risques de l'établissement.

Le CHARME dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques à usage interne. Ce traitement automatisé a obtenu l'agrément de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés n° 508 880 et 751 185.

Les informations recueillies lors des consultations ou hospitalisations font l'objet, sauf opposition justifiée de la part du patient, d'un enregistrement informatique. Ces informations sont réservées à l'équipe médicale qui le suit et au service de facturation (données administratives uniquement).

Conformément aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés », les usagers peuvent obtenir communication des données les concernant en s'adressant au directeur de l'établissement.

En outre, des données médicales les concernant peuvent, sauf objection de leur part, faire l'objet d'un traitement automatisé, ceci à des fins statistiques de recherche médicale ou épidémiologique.

Ce traitement s'effectue dans le respect du secret médical et de l'anonymat des patients.

### Données collectées :

Les informations recueillies lors de la consultation ou de l'hospitalisation d'un patient/résident dans notre établissement font l'objet de traitements. Ces informations sont d'ordre, administratif (état civil, identité, coordonnées, date de naissance, sexe, numéro de sécurité sociale de l'ouvrant droit, éventuellement données révélant les convictions religieuses), médical (données de santé, éventuellement données génétiques, ethniques et concernant la vie et l'orientation sexuelle) et social (conditions de vie, situation familiale et professionnelle, habitudes de vie, informations d'ordre économique et financier).

Certaines de ces données peuvent provenir d'échanges entre les professionnels de santé qui prennent en charge le patient/résident.

### Finalités des traitements de données concernant les patients

Les données collectées par le CHARME sont destinées à faciliter la prise en charge à des fins de médecine préventive, de diagnostics médicaux, de prise en charge sanitaire ou sociale, ou de gestion des systèmes et des services de soins de santé ou de protection sociale ou sur le fondement de la sauvegarde des intérêts vitaux de la personne dans le cas où elle se trouve dans l'incapacité physique ou juridique de donner son consentement.

Certaines données sont collectées pour des motifs d'intérêt public dans le domaine de la santé publique notamment aux fins de garantir des normes élevées de qualité et de sécurité des soins de santé.

Certaines données sont transmises aux services de l'Etat et de l'assurance maladie à des fins d'élaboration et de révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, d'évaluation de la qualité des soins, du contrôle de l'activité du CHARME et de facturation. Les données sont également susceptibles d'être exploitées de façon non nominative à des fins de recherche scientifique ou à des fins statistiques.

## Destinataires des données

Les données sont destinées aux professionnels du CHARME soumis au secret professionnel qui interviennent dans la prise en charge des patients. Elles peuvent également être mises à la disposition de professionnels faisant partie de l'équipe de soins, extérieurs au CHE.

Les données peuvent être transmises aux organismes publics, autorités de santé, professions réglementées (Trésor public, Agences régionales de Santé, organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, commissaires aux comptes...) sur demande et dans les limites permises par la réglementation. Les données peuvent être transmises à des sous-traitants réalisant des prestations pour le CHE.

## Droit d'accès et de rectification des données

Les usagers disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime aux données qui les concernent. Dans certains cas, ils peuvent également demander l'effacement, la limitation du traitement ou la portabilité des données qu'ils ont fournies.

Par ailleurs, ils peuvent déposer des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données en cas de décès. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement des données, ils peuvent contacter notre délégué à la protection des données en transmettant leur demande au Directeur, accompagnée d'une pièce d'identité.

S'ils estiment, après avoir contacté la Direction du CHARME, que leurs droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, ils peuvent adresser une réclamation à la CNIL (cf. www.cnil.fr).

Chaque professionnel doit respecter les consignes en matière de sécurité de l'information.

# QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

## SECTION 17 : DROITS DES PROFESSIONNELS LIÉS À L'EXERCICE DE LEURS FONCTIONS

### ARTICLE 119 : Respect de la liberté de conscience & d'opinion

*Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires : Article 6*

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

### ARTICLE 120 : Exercice du droit syndical

Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur en tenant compte des nécessités de service (exception faite des heures de délégation des membres du CHSCT) et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

La circulation dans l'établissement des personnels exerçant le droit syndical est assurée conformément au protocole syndical.

### ARTICLE 121 : Droit de grève

Les agents du CHARME bénéficient du droit de grève et du droit syndical dans les conditions prévues par la loi. Ainsi, l'établissement s'organise par le biais des assignations afin de garantir l'exercice du droit de grève et la continuité du service. Leurs représentants assistent aux différentes instances consultatives, à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement.

### ARTICLE 122 : Droit à la protection

*(Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, article 11 & circulaire B8 n°2158 du 5 mai 2008)*

Les agents sont protégés en cas de poursuites civiles ou pénales engagées par un tiers pour faute de service. Également contre les attaques et les menaces.

### ARTICLE 123 : Droit d'accès au dossier individuel

Tout agent a un droit d'accès à son dossier administratif individuel, il devra en faire la demande par écrit (mail ou courrier) à la Direction des Ressources Humaines (DRH) et un rendez-vous lui sera proposé.

### ARTICLE 124 : Droits aux congés

Les agents ont droit à des congés annuels, des congés de maladie, des congés de maternité, des congés de formation professionnelle, des congés de formation syndicale dans les conditions fixées par le Titre I et le Titre IV du statut général.

Les agents ont droit à des jours fériés et, en fonction du nombre d'heures travaillées, à un certain nombre de Réduction du Temps de Travail (RTT) conformément au guide de gestion du temps de travail et à la législation en vigueur.

**Autorisation d'absence :** des autorisations spéciales d'absence, qui n'entrent pas en compte dans le calcul des congés annuels, sont accordées, sous réserve des nécessités de service, notamment, pour raisons syndicale, élective ou familiale.

Les autorisations spéciales d'absence sont rémunérées.

## ARTICLE 125 : Droit à la formation

Le droit à la formation professionnelle continue tout au long de la vie est reconnu aux agents.

Ils peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle et de recyclage dans les conditions fixées par les statuts particuliers.

Le service de formation continue accompagne le développement des compétences des professionnels de l'hôpital, favorise l'amélioration des pratiques en proposant des formations pluri professionnelles, facilite le renouvellement professionnel par l'accès aux dispositifs de promotion ou de reconversion.

***Elle comprend deux types d'actions :***

- Les actions figurant dans le plan de formation de l'établissement,
- Les actions choisies par les agents en vue de leur congé de formation personnelle (CFP).

## ARTICLE 126 : Témoignage en justice ou auprès de la police

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou à déposer plainte à titre personnel (en tant que victime) auprès des autorités de police judiciaire sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, les personnels sont le cas échéant accompagnés par d'autres membres de l'équipe ou un représentant de la direction.

Les agents peuvent bénéficier de la protection fonctionnelle prévue par la règlementation.

# SECTION 18 : DEVOIRS ET OBLIGATIONS DES PROFESSIONNELS DANS LE CADRE DE L'EXERCICE DE LEURS FONCTIONS

## ARTICLE 127 : Exécution des ordres reçus

*(Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires article 28)*

Tout agent du CHARME, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

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

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

## ARTICLE 128 : Information du supérieur hiérarchique

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les plus courts délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée. S'il ne respecte pas cette obligation, il sera considéré comme étant en position d'abandon de poste.

Tout agent avise également son supérieur hiérarchique des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service (à titre d'exemple : accident de travail, accident de trajet, violence hospitalière eu égard à l'importance des délais de déclaration dans ces situations).

De même, tout agent amené à conduire un véhicule de l'établissement dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut faire l'objet.

## ARTICLE 129 : Obligation de signalement des incidents ou risques

Tout membre du personnel de l'établissement, qu'il soit victime, acteur ou témoin d'un évènement mettant en jeu la sécurité des soins, des personnes et des biens, est tenu d'en alerter immédiatement selon la procédure établie. Ce signalement ne lui sera pas reproché conformément à la charte de confiance pour la déclaration des évènements indésirables.

## ARTICLE 130 : Assiduité et ponctualité du personnel

L'assiduité et la ponctualité du personnel hospitalier de l'établissement sont deux des conditions essentielles du bon fonctionnement des services hospitaliers en particulier et du centre hospitalier en général.

## ARTICLE 131 : Neutralité et laïcité du service public

Si, dans la vie privée, tout professionnel de la fonction publique hospitalière est libre de manifester son appartenance religieuse, en revanche, le Conseil d'État contrôle l'expression religieuse pendant le service par référence au devoir de neutralité et à la laïcité.

Ainsi, tout professionnel est tenu au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles au sein de l'hôpital. Il en résulte que tout signe d'appartenance religieuse par un professionnel, quelle qu'en soit la nature, notamment par une extériorisation vestimentaire, n'est pas toléré dans l'exercice de ses fonctions.

Cette disposition vise à protéger les usagers du service de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, d'autant plus dans un service public dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance.

Le fait, pour un agent public, de manifester ses croyances religieuses dans l'exercice de ses fonctions, notamment en portant un signe destiné à marquer son appartenance à une religion, constitue un manquement à ses obligations (Avis CE 3-5-2000 Marteaux).

## ARTICLE 132 : Interdiction des réunions publiques au centre hospitalier

Au nom du principe de neutralité du service public, les réunions publiques sont interdites au Centre hospitalier, sauf autorisation expresse du directeur ou de son représentant.

## ARTICLE 133 : Secret professionnel

L'ensemble du personnel du Centre hospitalier est tenu au secret professionnel, son non-respect risquant d'entraîner les peines prévues à l'article 226-13 du Code Pénal.

Le secret professionnel est absolu, sauf exceptions prévues par la loi, et s'applique à tous les agents et en toutes circonstances vis-à-vis de toute personne, y compris les fonctionnaires de police. Seule l'autorité judiciaire et les personnes mandatées par elle, peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossiers dans les conditions fixées par la loi.

## ARTICLE 134 : Obligation de discrétion professionnelle

*Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, article 26*

Indépendamment des prescriptions en matière de secret professionnel, les agents sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Toute communication à des personnes étrangères à l'administration hospitalière et notamment, à des journalistes, à des agents d'assurance ou à des démarcheurs est rigoureusement interdite, sauf autorisation du directeur, ou s'inscrivant dans un cadre organisé (contrat d'assurance de l'établissement par exemple).

L'obligation de discrétion professionnelle s'applique lorsque les personnels du CHARME s'expriment, à titre personnel, sur des blogs ou des réseaux sociaux.

En l'absence d'opposition des patients, les indications d'ordre médical - telles que le diagnostic et l'évolution de la maladie- ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les cadres de santé, avec la prudence nécessaire.

## ARTICLE 135 : Devoir général de réserve

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

L'obligation de réserve s'applique pendant et en dehors du temps de service. Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, quel qu'en soit leur mode de diffusion.

Ces règles doivent être observées en toutes circonstances dans les rapports avec les tiers et notamment en ce qui concerne les relations avec les médias et l'utilisation des réseaux sociaux.

Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ou sur leurs familles.

## ARTICLE 136 : Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients

Aucun employé de l'hôpital ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des patients.

Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur qui dispose d'un coffre-fort à cet effet ou, en dehors des heures d'ouverture de ce bureau, au service des Urgences équipé en matériel adéquat.

## ARTICLE 137 : Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

*(Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires article 25 septies)*

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

Il peut être dérogé à cette interdiction dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération. Cela s'applique également sur l'activité libérale des praticiens plein temps.

## ARTICLE 138 : Obligation de désintéressement & de déclaration d'intérêts

*(Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires article 25bis)*

Les personnels de l'établissement ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec l'établissement qui soient de nature à compromettre leur indépendance.

S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer la direction pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'établissement à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise.

## ARTICLE 139 : Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce

Il est interdit au personnel du CHARME de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale.

Les agents ne peuvent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

## ARTICLE 140 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les personnels du CHARME doivent avoir pris connaissance et observer strictement les règles d'hygiène, de sécurité et les consignes affichées et/ou distribuées qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Le refus répété d'un agent de respecter ces consignes peut amener sa hiérarchie à lui adresser une convocation et à réaliser un rapport transmis à la direction et expose l'agent à des sanctions.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers, ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels.

Tout agent en poste au CHARME bénéfice d'une visite annuelle obligatoire au service de santé au travail (ou au plus tard tous les 2 ans.)

Les visites médicales se déroulent pendant le temps de travail de l'agent (ou en dehors en cas d'empêchement) et la durée de celle-ci sera comptabilisée dans le temps de travail effectif.

## Hygiène

Pour tous les personnels intervenant auprès des patients, la tenue vestimentaire doit être conforme à celle mise à disposition par l'établissement.

Les agents affectés à des travaux insalubres et salissants (collecte des ordures ménagères, intervention sur réseau d'assainissement ou autre milieu souillé) et les agents des espaces verts utilisant des produits phytosanitaires (herbicides, insecticides...) peuvent prendre une douche à la fin de leur journée de travail.

La tenue de travail souillée doit être rangée sur le lieu de travail à l'écart des vêtements propres (dans un vestiaire à double compartiment) puis nettoyée ou changée aussi souvent que nécessaire.

Les agents doivent conserver les locaux mis à leur disposition, y compris les vestiaires et les douches, dans un bon état de propreté et d'hygiène

## Sécurité

L'établissement met en œuvre toutes les mesures de prévention nécessaires pour garantir la santé et la sécurité des agents en lien avec le CHSCT.

Chaque agent doit veiller à sa propre sécurité, à celle des autres personnels mais également à celle des tiers (public, usagers…). Les équipements de protection collective (garde-corps, carters de protection, ventilation…) doivent être utilisés en priorité par rapport aux équipements de protection individuelle.

Les équipements de protection individuelle (lunettes, chaussures, gants, harnais antichute, masque de protection respiratoires…) conformes aux normes en vigueur sont fournis gratuitement et autant que de besoin par l'établissement et sont maintenus en bon état.

L'utilisation des équipements de protection individuelle et collective mis à disposition du personnel est obligatoire. En cas de contre-indication médicale au port d'un équipement de protection individuelle, celle-ci doit être prononcée par le médecin du travail ou du service de médecine professionnelle et préventive afin que d'autres modèles soient proposés.

Tout agent intervenant à pied sur la voie publique ou ses abords immédiats (agents des services techniques, agents du service bionettoyage) doit porter un vêtement de signalisation à haute visibilité de classe 2 ou 3.

Il est interdit de travailler torse nu. Par ailleurs, les agents utilisant des machines en mouvement ou susceptibles d'entraîner des projections dangereuses (soudage, produits chimiques…) doivent porter au minimum un vêtement de travail complet et approprié et des chaussures de sécurité.

Les agents doivent, de manière générale, porter des chaussures stables (donc dépourvues de talons hauts) et antidérapantes.

Lors de la réalisation de travaux en hauteur, des mesures de protections étudiées au préalable et adaptées sont mises en place.

La priorité est donnée aux équipements de protection collective : garde-corps, nacelles élévatrices de personnel, etc…

Si l'utilisation de ces équipements est impossible, les agents doivent porter les équipements de protection individuelle tels que les harnais antichute. L'utilisation de ce type d'équipement est réservée à des agents formés.

L'utilisation de l'échelle doit être réservée à la réalisation d'opérations ponctuelles et de courte durée. L'échelle est un moyen d'accès et non un poste de travail.

Tout le personnel doit être informé de la localisation des matériels de secours (extincteurs, trappes de désenfumage, trousse de premiers soins…). L'ensemble de ces matériels doit être accessible en permanence.

De même, toutes les issues de secours doivent être dégagées.

Le rangement des ateliers et des locaux de travail doit être réalisé régulièrement. Un soin particulier doit être apporté au stockage des produits dangereux.

Tout accident de service (ou de trajet), même bénin, doit immédiatement être porté à la connaissance du supérieur hiérarchique de l'intéressé et déclaré au service du personnel en vue de sa prise en charge si l'imputabilité au service est reconnue.

Tout accident grave ou qui aurait pu entraîner de graves conséquences peut faire l'objet d'une analyse d'événement indésirable.

## ARTICLE 141 : Sanctions disciplinaires

*Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la FPH : article 81 à 83)*

Un membre du personnel du CHARME qui commet une faute au cours de ses fonctions encourt une sanction disciplinaire.

Pour les agents titulaires de la fonction publique hospitalière, les sanctions disciplinaires sont réparties en quatre groupes :

1) L'avertissement, le blâme, l'exclusion temporaire de fonctions de 1 à 3 jours,
2) La radiation du tableau d'avancement, l'abaissement d'échelon, l'exclusion temporaire de fonctions pour une durée maximale de 4 à 15 jours,
3) La rétrogradation, l'exclusion temporaire de fonctions de 16 jours à deux ans,
4) La mise à la retraite d'office, la révocation.

Les premières sanctions (avertissement, blâme ou exclusion temporaire d'1 à 3 jours) sont prononcées par le directeur.

Les suivantes le sont par le directeur après avis du Conseil de Discipline (émanation de la Commission Administrative Paritaire Locale ou Départementale).

Le fonctionnaire à l'encontre duquel une procédure disciplinaire est engagée à droit à la communication de l'intégralité de son dossier administratif individuel et de tous les documents annexes et à l'assistance d'un ou plusieurs défenseurs de son choix.

Selon le décret n°97-487 du 12 mai 1997 modifiée fixant les dispositions communes applicables aux agents stagiaires de la fonction publique hospitalière (articles 16 à 20) les sanctions disciplinaires susceptibles d'être appliquées aux stagiaires sont les suivantes :

1) L'avertissement,
2) Le blâme,
3) L'exclusion temporaire de fonction 2 mois maximum,
4) L'exclusion définitive du service.

Selon le décret n°91-155 du 6 février 1991 modifié, les sanctions disciplinaires susceptibles d'être appliquées aux agents contractuels de la FPH (articles 39 à 40) sont les suivantes :

1) L'avertissement,
2) Le blâme,
3) L'exclusion temporaire des fonctions avec retenue de traitement pour une durée maximale de six mois pour les agents recrutés pour une période déterminée et d'un an pour les agents sous contrat à durée indéterminée.
4) Le licenciement, sans préavis ni indemnité de licenciement.

# SECTION 19 : DISPOSITIONS APPLICABLES AUX PROFESSIONNELS AFIN DE GARANTIR LE RESPECT DES PATIENTS

## ARTICLE 142 : Utilisation des matériels informatiques

Les personnels doivent utiliser le matériel informatique mis à leur disposition par le Centre hospitalier dans le respect des termes de la charte du système d'information et du bon usage du poste informatique annexée au présent règlement intérieur.

## ARTICLE 143 : Téléphone portable personnel, images & vidéos

Pendant les heures de travail au sein des services de soins, médico-techniques et de rééducation, l'usage du téléphone personnel est strictement interdit. Seul un usage rapide peut être toléré lors de la période de pause et en zone de pause, en vue de garantir à tout professionnel la conciliation de sa vie professionnelle et de sa vie privée.

Par ailleurs, la captation d'image et l'enregistrement par un téléphone personnel ou tout autre dispositif de même nature est strictement interdit à l'intérieur du CHARME pour tout professionnel dans l'exercice de ses fonctions. Constitue une exception unique à cette disposition les moments de convivialité ou rencontres conviviales telles que décrites à l'article 149 du présent règlement intérieur.

## ARTICLE 144 : Lutte contre le bruit et attitude envers les patients

Chaque membre du personnel doit contribuer à la lutte contre le bruit.

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

Il ne doit tenir, pendant le service, en présence des patients, résidents et consultants externes ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat, de sécurité et de calme, indispensable dans les locaux hospitaliers ou médico-sociaux.

## ARTICLE 145 : Respect du libre choix des familles

Les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées (pompes funèbres, ambulances) de leur choix. Nul professionnel du CHARME ne peut, à cette fin, influer leur choix.

La remise d'une liste d'entreprises habilitées, dès lors qu'elle ne cible pas une entreprise de manière spécifique, ne constitue pas une entorse au présent article.

## ARTICLE 146 : Interdiction des pourboires

Conformément à l'article 87 du présent règlement, le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire, ni aucune gratification en nature, de la part des patients ou des visiteurs.

## ARTICLE 147 : Identification du personnel

Afin de se faire connaître aux usagers, notamment aux résidents, aux patients et à leurs familles, et sauf exceptions décidées par le directeur, les personnels du CHARME en contact avec les patients, les résidents et les consultants externes ou le public ont leur nom, leur prénom, leur fonction et le logo de leur établissement d'appartenance indiqué sur leur carte (badge).

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

Cette carte (badge), dont les droits sont paramétrés par la Direction des Ressources Humaines (DRH), en lien le cas échéant avec la Direction des Affaires Médicales (DAM), permet d'accéder au restaurant du personnel,

aux locaux avec accès restreints, etc… En cas de perte, le personnel doit aviser immédiatement la DRH ou la DAM afin de désactiver ses droits ; le coût de la carte est refacturé par la Trésorerie Publique.

## ARTICLE 148 : Tenue des personnels

Pour les personnes travaillant sur les sites du Centre hospitalier d'Ardèche Méridionale en contact avec les patients et les résidents, y compris les stagiaires, conformément aux recommandations de l'équipe opérationnelle d'hygiène :

- La tenue de service est obligatoire, changée tous les jours. Elle est spécifique au travail hospitalier et ne doit jamais être emportée au domicile. En dessous, la tenue personnelle doit être à manches courtes ou relevées (sauf dans les laboratoires), ne dépassant pas la tenue de service. Pour travailler auprès du patient, aucun vêtement ne doit être mis au-dessus de la tenue de service. En cas de port de blouse, celle-ci doit être fermée.
- Les cheveux sont régulièrement lavés et doivent être courts ou relevés. Le port de barbe doit être compatible avec le respect des mesures d'hygiène.
- Il est interdit de porter :
    - des bijoux aux mains et aux poignets y compris les alliances et les montres,
    - tout bijou au bloc opératoire.

Pour les professionnels ne travaillant pas au contact direct des patients, une tenue correcte est exigée.

## ARTICLE 149 : Effets et biens personnels

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

Tout vol, toute perte (voire toute déprédation) d'argent, valeurs ou objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l'établissement.

## ARTICLE 150 : Tabac, Alcool & Stupéfiant

Il est interdit de fumer ou vapoter à l'intérieur des lieux fermés et couverts qui constituent des lieux de travail (y compris les bureaux individuels) ou d'accueil du public, ainsi que dans les moyens de transport collectif (véhicules de services par exemple).

La consommation d'alcool au CHARME n'est pas autorisée en dehors des occasions particulières : pot de départ, promotion, naissance, mariage, fête de fin d'année, etc…, sous réserve de l'autorisation du directeur.

Il est interdit à tout agent d'introduire ou de distribuer ou de consommer des produits illicites.

Pendant la période correspondant aux heures de travail, il est interdit de consommer toute boisson alcoolisée. À noter que la consommation de médicaments non prescrits par un médecin ou à des doses supérieures aux doses prescrites est assimilée à la consommation de produits illicites.

Le directeur se réserve le droit d'engager une procédure disciplinaire lors de tout manquement aux prescriptions exposées ci-dessus en matière d'introduction et de consommation de boissons alcoolisées ou de produits illicites sur le lieu de travail.

La procédure à suivre en cas de suspicion d'état alcoolique et ou d'emprise de stupéfiants concernant un agent du Centre Hospitalier, est établie par la Médecine du travail, en coordination avec la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins : l'agent concerné doit être accompagné aux Urgences pour examen, reconduit à son domicile et faire l'objet d'un suivi par la Médecine du travail.

## ARTICLE 151 : Moments de convivialité, pots et rencontres conviviales

Des « pots » ou « rencontres conviviales » ne peuvent être organisés que de façon ponctuelle dans les services à l'occasion d'une manifestation particulière : départ en retraite, mutation, promotion, naissance, mariage etc. sous réserve de l'autorisation du directeur.

S'il est envisagé de proposer des boissons alcoolisées lors d'un "moment convivial", elles devront l'être en quantité et durée limitée.

L'organisateur doit s'identifier auprès de la direction.

Rappel de la législation : l'organisateur peut être juridiquement tenu responsable des actes et de leurs conséquences d'une personne en état d'ébriété suite à une consommation excessive d'alcool lors de ce type d'évènement.

# CINQUIÈME PARTIE : DISPOSITIONS DIVERSES **RELATIVES À L'USAGE** EN COMMUN DES LOCAUX

## ARTICLE 152 : Conservation en bon état des locaux, des matériels et effets

Tout membre du personnel et tout usager doit veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à sa disposition par l'établissement. Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradations volontaires ou d'incurie caractérisée.

## ARTICLE 153 : Interdiction de fumer

Par mesure d'hygiène et de sécurité, et selon les termes des articles L3511-7 et R3511-1 à R3511-8 du code de la santé publique, il est interdit de fumer dans les locaux à usage collectif utilisés pour l'accueil, les soins et l'hébergement des patients. Il est également interdit de fumer aux abords des bâtiments et dans les zones identifiées comme non-fumeurs. L'usage de la cigarette électronique relève de ces dispositions.

## ARTICLE 154 : Animaux

Les animaux ne sont pas admis à l'hôpital.

Cependant, sont acceptés les chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité. Les chiens des services de sécurité de l'hôpital sont également admis.

De même les EHPAD ne sont pas concernés par cette interdiction, bien que l'introduction d'animaux doive recueillir préalablement l'aval du médecin coordonnateur ou du cadre de santé afin de garantir qu'elle ne constitue pas une gêne pour l'organisation de la structure.

## ARTICLE 155 : Circulation & stationnement dans l'enceinte de l'établissement

L'ensemble des voies de desserte et des emplacements de stationnement automobile situés dans les différents sites du CHARME est soumis à l'application du Code de la route. Ceci implique le strict respect de la signalisation routière, des marquages au sol, et des règles de priorité.

La vitesse maximum autorisée est de 30 km/h et la conduite doit être adaptée à la présence des usagers et des personnes en situation de handicap, notamment par l'application de la règle de priorité au piéton engagé sur la chaussée. Le stationnement en dehors des emplacements prévus à cet effet est interdit. Une exception sera faite pour tous les véhicules d'urgences, des forces de l'ordre et de sécurité dans le cadre de leurs missions.

### La sécurité des voies

Les voies de desserte, l'accès aux services d'urgence et à l'hélistation, les entrées et sorties des bâtiments hospitaliers et de leurs dépendances, des bâtiments médico-sociaux, les zones destinées aux services de lutte contre l'incendie, les parcs d'ambulances et les locaux techniques doivent être constamment dégagés.

### Responsabilité de l'administration hospitalière (Vol ou dégradation)

La mise à disposition de parkings dans l'enceinte du CHArMe ne constituant aucunement une obligation mais au contraire une facilité, la responsabilité de l'administration hospitalière ne saurait être engagée, notamment en cas de vol de véhicule ou commis dans des véhicules en stationnement, ni à l'occasion d'éventuelles dégradations subies par ces derniers.

## ARTICLE 156 : Associations

*(Art L.1110-11 et 1112-5, R.1110-4, Circulaire N°DHOS/SDE/E1/2004/471 du 4 octobre 2004)*

La direction facilite l'intervention d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des patients et des résidents, à leur demande ou avec leur accord, au sein du Centre hospitalier. Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du directeur et conclure avec le centre hospitalier une convention définissant les droits et obligations réciproques. Cette convention est élaborée suivant une convention-type.

L'accès auprès des patients est subordonné à cette procédure. Le chef de service peut s'opposer toutefois à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service. En tout état de cause, les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin.

Les associations qui souhaitent être domiciliées au Centre hospitalier doivent au préalable adresser leurs statuts et leur budget au directeur. Elles informent le directeur de la composition des membres de leur bureau et de tout changement majeur susceptible d'intervenir au cours de la vie de l'association.

La liste des équipements acquis par les associations, utilisés dans leur cadre et au sein même du Centre hospitalier, est également communiquée à la direction.

## ARTICLE 157 - La vidéoprotection

Le CHArMe dispose sur certains sites, d'un système de vidéo protection ayant pour objet d'assurer la sécurité des personnes et des biens de manière adéquate, pertinente et non excessive.

L'exploitation des images et enregistrements est assurée exclusivement par un personnel habilité à cet effet, et dans un cadre légal et réglementaire très précis.

La conservation des images est limitée dans le temps, sauf procédure judiciaire en cours.

Toute personne peut s'adresser à la direction afin d'obtenir un accès aux enregistrements la concernant et dispose également d'un droit de suppression. La demande doit être adressée au directeur du CHArMe.

Toute personne accédant dans l'enceinte des sites du CHArMe est informée, de manière claire et permanente, de l'existence du système de vidéo protection dès que ce dernier est présent.

# LISTE DES ANNEXES

| | |
|---|---|
| **Annexe 1** | Périmètre des établissements du Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale |
| **Annexe 2** | Tableau capacitaire du Centre hospitalier |
| **Annexe 3** | Règlement intérieur du Conseil de Surveillance |
| **Annexe 4** | Arrêté de composition du Conseil de Surveillance |
| **Annexe 5** | Composition du Directoire |
| **Annexe 6** | Règlement intérieur de la CME |
| **Annexe 7** | Composition de la CME |
| **Annexe 8** | Règlement intérieur du CTE (en cours de rédaction) |
| **Annexe 9** | Composition du CTE |
| **Annexe 10** | Règlement intérieur de la CSIRMT |
| **Annexe 11** | Composition de la CSIRMT |
| **Annexe 12** | Règlement intérieur de la CDU |
| **Annexe 13** | Composition de la CDU |
| **Annexe 14** | Composition du CHSCT |
| **Annexe 15** | Règlement intérieur du CVS de l'EHPAD Léon Rouveyrol |
| **Annexe 16** | Composition du CVS de l'EHPAD Léon Rouveyrol |
| **Annexe 17** | Règlement intérieur du CVS de l'EHPAD Le Bosc |
| **Annexe 18** | Composition du CVS de l'EHPAD Le Bosc |
| **Annexe 19** | Charte du patient hospitalisé |
| **Annexe 20** | Charte de la personne accueillie en établissements médico-sociaux |