



**CENTRE HOSPITALIER JACQUES BOUTARD  
87500 SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE**

**REGLEMENT INTERIEUR**

**Avis du conseil de surveillance du 1<sup>er</sup> juillet 2010  
Modifié par l'avis du conseil de surveillance du 17 décembre 2010, et de l'avis  
du conseil de surveillance du 26 avril 2012**

<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>Chapitre 1 : organisation institutionnelle .....</b>	<b>5</b>
1-1. Conseil de surveillance.....	6
1-2. Directoire .....	10
1-3. Directeur .....	11
1-4. Commission médicale d'établissement.....	13
1-5. Président de la commission médicale d'établissement.....	17
1-6. Comité technique d'établissement.....	26
1-7. Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail.....	27
1-8. Commissions paritaires locales .....	27
1-9. Commission du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques .....	28
1-10. Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.....	32
1-11. Autres commissions .....	34
<b>Chapitre 2 : organisation interne.....</b>	<b>35</b>
2-1. Organisation des activités administratives, logistiques et techniques .....	36
2-2. Organisation des activités cliniques et médico-techniques .....	36
2-3. Fédération - coopération .....	45
2-4. Organisation de la permanence médicale .....	46
2-5. Projet médical .....	46
2-6. Personnel médical.....	46
2-7. Recueil, analyse et traitement des dysfonctionnements .....	47
<b>Chapitre 3 : dispositions relatives aux usagers.....</b>	<b>49</b>
3-1 Entrées.....	50
3-1.1. Droit commun.....	50
3-1.2. Règles particulières.....	53
3-2. Conditions de séjour.....	57
3-2.1. Accueil .....	57
3-2.2. Au service des usagers .....	58
3-2.3. Information des usagers.....	58
3-2.4. Information des familles.....	59
3-2.5. Conditions de séjour.....	59
3-2.6. Cultes.....	61
3-2.7. Régime alimentaire .....	61
3-2.8. Régime des visites .....	62
3-2.9. Droit au secret.....	63
3-2.10. Droit à l'information et consentement aux soins.....	63
3-3. Sortie des usagers .....	66
3-3.1. Autorisation de sortie en cours d'hospitalisation.....	66
3-3.2. Sortie normale.....	66
3-3.3. Sortie contre avis médical .....	67
3-3.4. Sortie disciplinaire .....	68
3-3.5. Sortie in extremis.....	68
3-3.6. Questionnaire de sortie .....	68
3-3.7. Dossier médical.....	68
3-4. Secours d'urgence .....	68

3-5. Décès des hospitalisés.....	69
3-5.1. Information des familles.....	69
3-5.2. Déclaration du décès.....	70
3-5.3. Transport de corps à résidence sans mise en bière .....	70
3-5.4. Transfert à la chambre mortuaire .....	71
3-5.5. Transport de corps à destination d'un établissement d'hospitalisation d'enseignement ou de recherche.....	72
3-5.6. Don d'organe.....	72
3-5.7. Transport de corps après mise en bière .....	73
3-6. Consultations externes.....	73
3-7. Traitement automatisé des informations nominatives .....	74
<b>Chapitre 4 : services d'hébergement et de soins pour personnes âgées             dépendantes.....</b>	<b>75</b>
4-1. Conseil de la vie sociale.....	77
4-2. Garantie de l'exercice des droits des résidents .....	81
4-3. Aide dans les démarches .....	82
4-4. Interdiction de fumer.....	82
4-5. EHPAD Sud .....	83
4-6. Accueil temporaire avec hébergement .....	89
4-7. EHPAD nord.....	90
4-8 Unité de soins de longue durée.....	91
<b>Chapitre 5 : dispositions relatives au personnel .....</b>	<b>92</b>
5-1. Principes juridiques communs.....	93
5-1.1. Principes généraux d'organisation.....	93
5-1.2. Principales obligations professionnelles ( <i>rappel</i> ).....	93
5-1.3. Tenues professionnelles.....	95
5-1.4. Exercice des droits statutaires.....	96
5-1.5. Autorisations spéciales d'absence pour événements familiaux.....	96
5-1.6. Protection juridique du personnel .....	97
5-2. Dispositions particulières applicables au personnel non médical.....	97
<b>Chapitre 6: dispositions diverses .....</b>	<b>99</b>
6-1. Circulation des véhicules terrestres à moteur .....	100
6-2. Accès aux locaux de l'hôpital.....	100
6-3. Dispositions diverses.....	100
<b>Annexes .....</b>	<b>101</b>

## INTRODUCTION

Le centre hospitalier Jacques Boutard est un établissement public de santé.

Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Le comptable du centre hospitalier est receveur percepteur du Trésor public.

Le centre hospitalier Jacques Boutard comporte un établissement unique. Son activité clinique et médico-technique est regroupée dans un pôle unique organisé en plusieurs services ou unités médicales :

- Urgences ;
- Médecine polyvalente et spécialités ;
- Médecine à orientation cardiologique ;
- Unité ambulatoire (*médecine – chirurgie*) ;
- Gériatrie ;
- Soins de suite et de réadaptation ;
- Radiologie ;
- Pharmacie.

Le centre hospitalier Jacques Boutard gère également un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (*EHPAD*).

Le centre hospitalier Jacques Boutard est soumis au contrôle de l'Etat.

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour le centre hospitalier Jacques Boutard. Celui-ci procède à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour.

A cet effet, l'établissement met en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité et se soumet régulièrement à la procédure de certification sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (*HAS*).

## **CHAPITRE 1 : organisation institutionnelle**

## **1-1. CONSEIL DE SURVEILLANCE**

### **1-1.1. Composition** (L. 6143-5 et R. 6143-2)

Le conseil de surveillance est composé de neuf membres répartis suivants trois collèges :

#### **1° Au titre des représentants des collectivités territoriales :**

- Le maire de la commune siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne ;
- Un représentant d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre dont la commune siège de l'établissement est membre ou, à défaut, un autre représentant de la commune siège de l'établissement principal ;
- Le président du conseil général du département siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne ;

#### **2° Au titre des représentants du personnel :**

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

#### **3° Au titre des personnalités qualifiées :**

- Une personnalité qualifiée désignée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- Deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 désignés par le représentant de l'Etat dans le département.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés au 1° et au 3°.

Le vice-président du directoire participe aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative.

Siègent avec voix consultative :

- Le président de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- Le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe ;
- Le directeur de la caisse d'assurance maladie ;

- Un représentant des familles des personnes accueillies dans l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et dans l'unité de soins de longue durée ;

Le directeur participe aux séances du conseil de surveillance.

### **1-1.2. Modalité particulière de désignation**

Le représentant au conseil de surveillance des familles des personnes admises dans l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et dans l'unité de soins de longue durée, est le président du conseil de la vie sociale.

L'établissement étant composé de deux conseils de la vie sociale, un pour l'EHPAD sud et un pour l'EHPAD nord et l'unité de soins de longue durée, siègent au conseil de surveillance chacun des présidents des deux conseils.

### **1-1.3. Attributions** ([article L. 6143-1](#))

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

#### **Il délibère sur :**

1° Le projet d'établissement

2° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

3° Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un CHU est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

4° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;

5° Toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;

6° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

#### **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 ;

- le règlement intérieur de l'établissement ;

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

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

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

Le conseil de surveillance de l'établissement **entend le directeur** sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

#### **1-1.4. Durée du mandat** (*Art. R 6143-12 du CSP*)

La durée des fonctions des membres du conseil de surveillance est de 5 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.

#### **1-1.5. Séances du conseil de surveillance** (*Art. R. 6143-8, R.6143-9, R. 6143-11 du CSP*)

Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an, sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.

L'ordre du jour est arrêté par le président et 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.

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

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.

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 directeur général de l'agence régionale de santé peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

Le président du conseil de surveillance peut, selon les sujets abordés, faire participer aux séances toute personne susceptible d'éclairer utilement les membres du conseil de surveillance.

#### **1-1.6. Modalités de convocations** (R. 6143-8)

Les convocations, qui peuvent être transmises par le secrétaire du conseil, sont faites par lettre, télécopie, SMS ou messagerie électronique.

Un membre du conseil de surveillance ne peut pas se faire représenter.

#### **1-1.7. Publicité des séances** (R. 6143-11)

Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques.

Le président du conseil de surveillance a seul la police de l'assemblée. Il peut faire expulser de la salle des séances tout individu qui trouble l'ordre.

Les membres du conseil de surveillance interviennent oralement après y avoir été autorisé par le président. La parole peut être retirée à l'orateur par le président si ce dernier estime que, manifestement, son intervention n'a aucun rapport avec le sujet traité ou le déroulement de la séance, ou si elle tend à remettre en question l'ordre du jour fixé.

Les membres du conseil de surveillance ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président.

#### **1-1.8. Adoption des délibérations** (R. 6143-10)

Le conseil de surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la majorité au moins des membres assistent à la séance. Sont réputés présents les membres du conseil de surveillance qui participent à la réunion par conférence téléphonique ou par des moyens de vidéoconférence, conformément aux dispositions légales.

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 jours à huit jours, est réputée valable quel que soit le nombre des membres présents ou réputés présents.

Le conseil de surveillance vote à main levée. Toutefois, 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 deuxième 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.

## **1-2. DIRECTOIRE** (L. 6143-6-1)

### **1-2.1. Composition** (L. 6143-7-5)

Le directoire est composé de 7 membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical et pharmaceutique.

#### **- Trois membres de droit :**

- le directeur, président du directoire ;
- le président de la commission médicale d'établissement, vice président ;
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

#### **- Quatre membres nommés :**

- le directeur nomme quatre membres dont trois appartiennent aux professions médicales, sur présentation d'une liste de proposition établie par le président de la commission médicale d'établissement. Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au directeur dans un délai de 30 jours à compter de sa demande. En cas de désaccord, constaté par le directeur, sur les noms portés sur la liste transmise ou du fait de l'absence ou du caractère incomplet de cette dernière, le directeur peut demander une nouvelle liste sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, le directeur nomme les membres de son choix.

### **1-2.2. Attributions** (Art L. 6143-7 et L. 6143-7-4 du CSP)

**Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement,** notamment sur la base du projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques.

Le directeur, président du directoire, se consulte avec le directoire avant de :

**1° conclure le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique;**

**2° décider, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, 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 ;**

**3° arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement ;**

**4° déterminer le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;**

5° fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique, 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° arrêter le compte financier et le soumettre à l'approbation du conseil de surveillance ;

7° arrêter l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique ;

8° 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 sixième partie du code de la santé publique ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 du même code ;

9° conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

10° conclure les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2 du code de la santé publique, 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 du même code ;

11° soumettre au conseil de surveillance le projet d'établissement ;

12° conclure 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° arrêter 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, décider de l'organisation du travail et des temps de repos ;

15° présenter à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;

16° arrêter le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7 du code de la santé publique.

### **1-3. DIRECTEUR** (L. 6143-7)

#### **1-3.1 Position du directeur** (L. 6143-7-2)

Le centre hospitalier est dirigé par un directeur nommé par arrêté du directeur général du Centre national de gestion.

### 1-3.2. Attributions

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.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance.

Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion 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.

L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

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.

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Après concertation avec le directoire, le directeur :

1° Conclut le contrat pluriannuel ;

2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, 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 ;

3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, 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 et signe les contrats de pôle d'activité ;

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 par le code de la santé publique ;

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° A 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 ;

16° Arrête le plan blanc de l'établissement.

#### **1-4. COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT** (L. 6144-1)

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle 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 relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

##### **1-4.1 Composition** (R. 6144-1 à R 6144-3-2)

###### **1-4.1.1 Répartition et nombre de sièges au sein de la CME**

La commission médicale d'établissement du centre hospitalier Jacques Boutard est composée de 20 membres :

- le chef de pôle d'activités cliniques et médico-techniques, membre de droit ;

- neuf représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
  - un responsable du service des urgences
  - un responsable d'une unité de médecine polyvalente
  - un responsable de l'unité de médecine gériatrique
  - un représentant de SSR
  - un responsable de la pharmacie à usage intérieur
  - un responsable du service de radiologie
  - un responsable du service de médecine cardio-vasculaire
  - un responsable de la structure interne de l'information médicale
  - un responsable de l'Ehpad sud
- six représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement ;
- trois représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
- un représentant des internes de médecine.

Assistent en outre avec voix consultative :

- le président du directoire ou son représentant, lequel peut se faire assister de toute personne de son choix ;
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le praticien responsable de l'information médicale (*lorsqu'il n'est pas élu au titre du collège des représentants des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ou du collège des représentants des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement ou du collège des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement*) ;
- le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (*lorsqu'il n'est pas élu au titre du collège des représentants des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ou du collège des représentants des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement ou du collège des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement*) ;
- un pharmacien hospitalier désigné par le directeur (*lorsqu'il n'est pas élu au titre du collège des représentants des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ou du collège des représentants des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement ou du collège des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement*) ;

La commission médicale d'établissement constitue en son sein un bureau.

## **1-4.2 Modalités d'élection** (R. 6144-4)

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

La date de scrutin ainsi que ses horaires d'ouverture et de clôture font l'objet d'un avis affiché au moins un mois à l'avance.

Compte tenu du nombre de sièges à pourvoir et du nombre de praticiens composant la communauté médicale de l'établissement, il n'est pas prévu de siège de suppléant.

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

La durée des mandats est fixée à quatre ans.

### **1-4.2.1. Qualité d'électeur**

Sont électeurs dans chacun des collèges visés à l'article R. 6144-3-1 du code de la santé publique, l'ensemble des personnels appartenant au collège en référence à leur affectation, conformément au fichier structure du centre hospitalier Jacques Boutard à la date d'affichage des listes électorales, lorsque ceux-ci sont en position d'activité ou de congés.

Sont éligibles l'ensemble des personnels inscrits sur la liste électorale prévue ci-dessus et appartenant au collège concerné, à l'exception :

- des personnels ayant une quotité de temps de travail inférieure ou égale à cinq demi-journées hebdomadaires.
- des personnels en congé de maladie depuis plus de six mois ou en congé parental à la date de clôture de la liste.

Les listes des personnes éligibles et des électeurs sont arrêtées par le directeur et affichées simultanément pendant huit jours, un mois au moins avant la date fixée pour le scrutin, et consultables à la direction, ainsi que sur le site Intranet de l'hôpital.

Durant ce délai, les électeurs et les personnes éligibles peuvent présenter des réclamations au directeur, contre les éventuelles erreurs ou omissions de cette liste. Le directeur arbitre sans délai.

A l'expiration de ce délai, les listes sont définitivement closes.

Les déclarations de candidature dûment signées doivent comporter l'indication des noms, prénoms, qualité ainsi que du collège au titre duquel se présentent les intéressés.

Elles sont adressées ou déposées au secrétariat de direction au plus tard quinze jours avant la date du scrutin, le cachet de la poste ou le récépissé de dépôt à la direction, en cas de remise en main propre, faisant foi. Aucune candidature ne peut être déposée ou retirée après cette date.

Les praticiens éligibles au titre du collège 1, s'engagent par leur candidature, à participer au moins à la moitié des séances annuelles de la commission et de la sous commission.

La liste des candidatures est arrêtée pour chaque collège et affichée au secrétariat de direction jusqu'au jour du scrutin ainsi que sur le site Intranet de l'hôpital.

Cas particulier des internes : les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le directeur général de l'Agence régionale de santé du Limousin après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la Commission de subdivision dont relève le centre hospitalier Jacques Boutard.

#### **1-4.2.2 Déroulement du scrutin**

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.

Le bulletin de vote ne comporte qu'un seul nom.

Les électeurs choisissent autant de bulletins de votes et d'enveloppes que de sièges à pourvoir.

Le vote par correspondance est admis. Le matériel électoral (bulletins de vote et enveloppes) est disponible pour l'ensemble des électeurs au secrétariat de direction.

L'électeur place autant de bulletin de vote et d'enveloppe non cachetée, ne comportant aucun signe distinctif, que de sièges à pourvoir. Ces enveloppes sont insérées dans une autre enveloppe cachetée, mentionnant l'identité du votant ainsi que le collège au titre duquel le vote est émis. Cette enveloppe est adressée par voie postale ou remise au secrétariat de direction. Elle doit parvenir au bureau de vote avant l'heure de clôture du scrutin.

Les enveloppes qui ne remplissent pas les conditions prévues ci-dessus, les enveloppes parvenues en plusieurs exemplaires sous le nom d'un même électeur, celles comprenant plusieurs enveloppes intérieures, ainsi que celles émanant d'électeurs ayant pris part au vote sur place, ne sont pas prises en compte pour le scrutin.

Le dépouillement du scrutin a lieu en présence du président de la commission médicale d'établissement en exercice et des candidats qui le souhaitent.

Les bulletins ou enveloppes portant des signes de reconnaissance, ainsi que les bulletins comportant des noms de candidats ne correspondant pas au collège ou à la catégorie de l'électeur ou le nom de personnes ne figurant pas sur la liste des candidats, sont considérés comme nuls.

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.

Un procès-verbal des opérations électorales est établi pour chaque tour de scrutin. Il est affiché pendant six jours francs au cours desquels les réclamations sur la validité des opérations électorales peuvent être adressées au directeur. Le directeur arbitre sans délai.

À l'issue du délai prévu ci-dessus, le directeur proclame les résultats du scrutin et convoque les membres de la commission médicale d'établissement en vue de l'élection de son président.

Lorsqu'un membre démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il n'est pas remplacé.

## **1-5. PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT** (D. 6143-37 à D.6143-37-5 et R 6144-5 et R 6144-5-1)

### **1.5.1 Attributions du président de la commission médicale d'établissement**

Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la commission médicale d'établissement.

Il est chargé 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 et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la commission médicale d'établissement en vertu du l'article L. 6144-1.

Il élabore avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

Avec le directeur, il coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

1° Il contribue à la diffusion et à l'évaluation de s 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.

#### 1.5.2 Election à la présidence et à la vice-présidence

Le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement sont élus dans les conditions définies à l'article R. 6144-5 du code de la santé publique.

La Commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires de l'établissement.

Les déclarations de candidature ont lieu en séance. Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.

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.

La durée des fonctions de président de commission médicale d'établissement est de quatre ans.

Le mandat est renouvelable une seule fois.

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.

#### **1-5.2. Attributions de la commission médicale d'établissement** ([R. 6144-1 à R. 6144-2-2](#))

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

- 1° Le projet médical de l'établissement ;
- 2° Le projet d'établissement ;
- 3° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- 4° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 5° Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux ;
- 6° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

- 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.

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

- 1° L'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 2° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement ;
- 3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- 4° Les contrats de pôles ;
- 5° Le bilan annuel des tableaux de service ;
- 6° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 7° L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir ;
- 8° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 9° L'organisation interne de l'établissement ;
- 10° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité 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.

La commission médicale d'établissement 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.

La commission médicale d'établissement :

- 1° Propose au directeur le programme d'actions mentionné à l'article L. 6144-1. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L.

6111-2. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

2° Elabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

### **1-5.3. Durée du mandat**

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

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, dans des conditions prévues par le règlement intérieur de l'établissement.

### **1-5.4. Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (R. 6111-1)**

#### **1-5.4.1 Instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales**

L'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales dotée d'une équipe opérationnelle d'hygiène est constituée par la commission médicale d'établissement.

Elle définit un programme annuel d'actions tendant à assurer :

- 1° La prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux lié aux soins, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ;
- 2° La surveillance des infections nosocomiales et de leur signalement ;
- 3° La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales ;

- 4° L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions ;
- 5° Le bon usage des antibiotiques.

L'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales :

- 1° Coordonne l'action des professionnels de l'établissement de santé dans les domaines mentionnés à [l'article R. 6111-1](#) ;
- 2° Prépare, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales ;
- 3° Elabore le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales ; ce rapport d'activité peut être consulté sur place, sur simple demande ; il comporte le bilan des activités et un tableau de bord composé d'indicateurs ; ce bilan et ce tableau de bord sont transmis annuellement, par le représentant légal de l'établissement de santé, à l'agence régionale de santé et au centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales. Le bilan et le tableau de bord sont établis selon un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- 4° Définit, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et les indicateurs adaptés aux activités de l'établissement de santé permettant l'analyse et le suivi des risques infectieux liés aux soins ;
- 5° Participe à l'évaluation des pratiques dans les domaines visés à l'article R. 6111-1 ;
- 6° Est consultée lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales dans l'établissement.

#### **1-5.4.1.1 Composition**

L'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales est composée :

- du directeur ou son représentant ;
- du président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- des praticiens désignés en son sein par la commission médicale d'établissement ;
- des professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ses missions, en raison d'une qualification, d'une compétence ou d'une expérience particulière en la matière ;
- des personnels paramédicaux désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique ;
- d'autres experts désignés en tant que de besoin par le directeur de l'établissement ;

#### **1-5.4.1.2 Réunions**

L'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales se réunit au moins trois fois par an. Elle doit disposer des moyens, notamment des informations et données, nécessaires à l'exercice de ses missions.

### **1-5.4.2 Equipe opérationnelle d'hygiène**

Pour exercer ses missions dans le domaine de la gestion du risque infectieux, l'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales **s'appuie sur les compétences techniques et l'expertise de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.**

L'équipe opérationnelle d'hygiène comporte le personnel, notamment médical ou pharmaceutique et infirmier nécessaire à la mise en œuvre des actions de lutte contre les infections nosocomiales. Ce personnel suit une formation adaptée à ses fonctions.

### **1-5.4.3 Les comités spécialisés de la commission médicale d'établissement**

Des comités spécialisés sont mis en place dans les domaines suivants :

- médicament et dispositifs médicaux stériles
- sécurité transfusionnelle et hémovigilance
- lutte contre la douleur et symptômes.
- alimentation et nutrition
  
- le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles

La commission médicale d'établissement désigne en sein le praticien responsable de ce comité.

Il lui revient notamment de participer par ses avis à l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement et des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

- le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance

La commission médicale d'établissement désigne en sein le praticien responsable de ce comité.

Ce comité veille à la mise en œuvre des règles et procédures d'hémovigilance. Il est notamment chargé de la coordination des actions d'hémovigilance entreprises au sein de l'établissement.

A ce titre, le comité :

1<sup>o</sup> S'assure auprès des services responsables de la présence dans le dossier médical des documents relatifs aux actes transfusionnels et, le cas échéant, de la copie de la fiche de déclaration d'effet indésirable survenu chez un receveur ;

2<sup>o</sup> Est saisi de toute question relative à la collaboration des correspondants d'hémovigilance de l'établissement de transfusion sanguine et de l'établissement de santé et plus généralement de toute question portant sur les circuits de transmission des informations, en vue d'améliorer l'efficacité de l'hémovigilance ;

3<sup>o</sup> Se tient informé des conditions de fonctionnement du dépôt de sang ;

4° Est averti des incidents graves survenus dans l'établissement de santé, ainsi que des effets indésirables survenus chez les receveurs, et conçoit toute mesure destinée à y remédier ;

5° Présente à la commission médicale d'établissement un programme de formation en sécurité transfusionnelle destiné aux personnels concernés ;

6° Remet à la commission médicale d'établissement un rapport annuel d'activité. ;

- Le comité de lutte contre la douleur et symptômes.

La commission médicale d'établissement désigne en sein le praticien responsable de ce comité.

Ce comité est un lieu de réflexion, d'information et de formation appelé à travailler en collaboration effective et permanente avec l'ensemble des services de l'établissement.

- le comité local alimentation et nutrition

La commission médicale d'établissement désigne en sein le praticien responsable de ce comité.

Ce comité participe par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et des résidents de l'établissement.

Il participe également :

- à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition ;
- à la définition des actions prioritaires à mener dans le domaine de la nutrition que dans celui de la restauration ;
- à la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation.

## **1-5.5 Sous-commission spécialisée en charge de la politique et de l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)**

### **1-5.5.1 Composition**

La sous commission est composée comme suit :

 de membres de droit :

- Le président de la commission médicale d'établissement, président, ou le représentant qu'il désigne ;
- Le vice-président de la commission médicale d'établissement ;
- Les responsables de pôle et les chefs de services ;

- Le directeur ;
- La responsable en charge de la qualité et de la gestion des risques ;
- ✚ deux représentants de la commission médicale d'établissement désignés en son sein ;
- ✚ les responsables d'une des activités suivantes :
  - la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et le dispositif de :
    - vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé mentionnés
    - à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique (*matéiovigilance, pharmacovigilance...*) ;
  - la politique de lutte contre les infections nosocomiales ;
  - la politique de la sécurité transfusionnelle et de l'hémovigilance ;
  - la politique de lutte uniformisée de la douleur ;
  - la politique du suivi de l'alimentation et de la nutrition.

Sont invités à participer aux réunions :

- ✚ l'ensemble des médecins de l'établissement ;
- ✚ le coordonnateur général des soins et deux membres la CSIRMT désignée en son sein ;
- ✚ d'un représentant du comité technique d'établissement désigné par cette instance ;
- ✚ d'un représentant du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail désigné par cette instance ;
- ✚ le médecin expert ;
- ✚ les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des relations avec les usagers assistent avec voix consultative aux réunions de la sous-commission au cours desquelles celle-ci délibère sur son rapport d'activité et sur son programme annuel d'actions.

### 1-5.5.2 Missions

La sous commission a pour mission de :

- valider et valoriser les programmes réalisés en interne par les praticiens et/ou les équipes ;
- servir de lieu d'échanges autour de ces démarches d'évaluation/amélioration des pratiques notamment pour envisager les développements ultérieurs.



Pour ce faire, la sous-commission recense les programmes d'EPP réalisés dans l'établissement et organise, en présence du médecin expert extérieur, des séances de présentation/discussion des programmes réalisés en interne.

La sous-commission devra :

- informer les professionnels et les institutionnels du suivi du programme d'EPP de l'établissement ;
- conseiller les praticiens quant aux passerelles et équivalences autour de l'EPP, notamment en matière de formation médicale continue ;
- veiller à l'intégration de ces programmes d'évaluation dans le projet médical ainsi que dans la procédure de certification ;
- apprécier l'impact des mesures d'amélioration mises en œuvre.

La sous-commission élabore un programme annuel de travail et peut formuler des recommandations en matière de formation des professionnels. Elle rend compte à la commission médicale d'établissement de ses activités et analyses dans un rapport annuel.

### **1-5.5.3 Désignation du médecin expert extérieur**

La commission médicale d'établissement choisit, après s'être assurée de l'absence de conflits d'intérêt, sur la liste arrêtée par la Haute Autorité de Santé, le ou le médecin expert extérieur qui sera sollicité pour émettre des recommandations sur les EPP.

Le médecin expert extérieur est le garant de la procédure de validation des programmes ou actions d'EPP et de favoriser l'harmonisation de la démarche.

Il est chargé de contribuer à la valorisation du travail des équipes et d'émettre des suggestions. Il confrontera son expérience en la matière avec ses confrères rencontrés à l'occasion de la séance de présentation des programmes, pour discuter des développements ultérieurs possibles ou déjà envisagés. Il favorisera aussi, dans le respect des règles de confidentialité, la communication entre les établissements et d'éventuels échanges de programmes et protocoles d'évaluation/amélioration.

### **1-5.5.4 Validation des EPP**

Le médecin expert extérieur donnera son avis sur :

- l'éligibilité au titre de l'EPP, des programmes et actions présentés ;
- l'implication des praticiens sollicitant la validation individuelle de leur obligation d'EPP.

En formation restreinte, après transmission de l'avis du médecin extérieur, la commission médicale d'établissement délivre, in fine, à chaque médecin, le certificat d'accomplissement d'EPP qui sera signé par son président.

## **1-6. COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT**

### **1-6.1. composition\* :**

- le directeur, président ;
- 1 représentant titulaire du collège de la catégorie A et 1 suppléant ;
- 4 représentants titulaires du collège de la catégorie B et 4 suppléants ;
- 5 représentants titulaires du collège de la catégorie C et 5 suppléants.

Un secrétaire est élu parmi les membres titulaires.

Siège à titre consultatif :

- 1 représentant de la commission médicale d'établissement.

### **1-6.2. Attributions** (R. 6144-40)

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 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 mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;

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

### **1-6.3. Durée du mandat**

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

La durée du mandat peut être exceptionnellement réduite ou prorogée, dans un intérêt de service, par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur des hôpitaux et du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Cette réduction ou prorogation ne peut excéder une durée d'un an.

Lors du renouvellement d'un comité technique d'établissement, les nouveaux membres entrent en fonctions à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent

## **1-7. COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL**

### **1-7.1. Composition**

Ce comité est composé comme il suit :

- le directeur de l'établissement ou son représentant, président de droit ;
- quatre représentants du personnel non médical désignés par les organisations syndicales à partir des résultats obtenus aux élections des représentants du personnel ;
- un représentant du personnel médical.

Assistent aux réunions avec voix consultative :

- l'inspecteur du travail ;
- l'ingénieur conseil de la CRAMCO ;
- le médecin du travail ;
- la coordinatrice du service de soins infirmiers ;
- le responsable des services économiques ;
- l'adjoint technique.

### **1-7.2. Attributions**

Il s'agit d'instance consultative qui contribue à l'amélioration des conditions de travail, à la promotion de la prévention des risques professionnels, à l'analyse de ces risques. Il assure le respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que les consignes d'hygiène et de sécurité.

## **1-8. COMMISSIONS PARITAIRES LOCALES**

### **1-8.1. Composition**

Ces commissions sont présidées par le président du conseil de surveillance ou son représentant.

Les commissions administratives paritaires sont composées d'un nombre égal de représentants de l'administration et de représentants du personnel non médical.

Les représentants de l'administration sont désignés par le conseil de surveillance de l'établissement.

Les représentants du personnel sont élus par celui-ci pour une durée de trois ans.

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

- trois commissions pour les corps de catégorie A :
  - 1 - personnel ouvrier ;
  - 2 - personnel soignant, médico-technique et éducatif ;
  - 3 - personnel administratif ;
  
- trois commissions pour les corps de catégorie B :
  - 1 - personnel ouvrier ;
  - 2 - personnel soignant, médico-technique et éducatif ;
  - 3 - personnel administratif ;
  
- trois commissions pour les corps de catégorie C :
  - 1 - personnel ouvrier ;
  - 2 - personnel soignant, médico-technique et éducatif ;
  - 2 - personnel administratif.

### **1-8.2. Attributions**

Organe consultatif qui se prononce sur toutes les questions concernant la carrière individuelle du personnel non médical : notation, avancement, titularisation, discipline...

## **1-9. COMMISSION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES**

### **1-9.1. Attributions** *(R.6146-10)*

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par est consultée pour avis sur :

- 1° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
  - 2° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
  - 3° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
  - 4° Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
  - 5° La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
  - 6° La politique de développement professionnel continu.
- II.-Elle est informée sur :
- 1° Le règlement intérieur de l'établissement ;
  - 2° La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 ;
  - 3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

## **1-9.2. Composition** (R. 6146-11)

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

Les représentants élus constituent trois collèges :

- 1° Collège des cadres de santé ;
- 2° Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 3° Collège des aides-soignants.

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

Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

- Le directeur chargé de l'institut de formation d'aides soignants ;
- 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.

## **1-9.3. Modalités d'élection** (R. 6146-12)

### **1-9.3.1. Qualité d'électeur**

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin.

### **1-9.3.2. Déroulement du scrutin**

Les personnels de chaque catégorie désignent leurs représentants à la commission par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.

Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir 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 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.

Pendant la durée de l'affichage, les électeurs et éligibles peuvent présenter des réclamations contre les erreurs ou omissions de ces listes. En cas de contestation, le directeur de l'établissement statue sans délai.

Les déclarations de candidature, dûment signées, comportent l'indication des noms, prénoms, qualités ainsi que du collège, du corps au titre desquels se présentent les intéressés. Elles sont adressées ou remises au directeur de l'établissement, quinze jours au moins avant la date fixée pour le scrutin, le cachet de la poste ou le récépissé de dépôt à la direction, en cas de remise en main propre, faisant foi.

Aucune candidature ne peut être déposée ou retirée après la date limite prévue à l'alinéa précédent.

Le directeur de l'établissement arrête la liste des candidats par collège et par corps. Elle est affichée immédiatement.

Dans le cas où le nombre de candidat pour un collège est insuffisant, la liste des candidats est composée de l'ensemble des membres du collège.

Les bulletins de vote et les enveloppes sont mis à la disposition des électeurs par la direction de l'établissement. Le vote par correspondance est admis.

L'électeur fait figurer sur son bulletin de vote autant de noms que de membres titulaires et suppléants à élire dans le collège ou par corps auquel il appartient. Il place son bulletin de vote dans une enveloppe non cachetée ne comportant aucun signe distinctif.

Les électeurs votant par correspondance doivent placer cette enveloppe dans une enveloppe cachetée mentionnant leur identité ainsi que le collège et le corps au titre duquel le vote est émis. Cette enveloppe est adressée par voie postale ou remise au directeur de l'établissement. Elle doit parvenir entre la date de publication des listes de candidat et avant l'heure de clôture du scrutin au bureau de vote. Le directeur tient un registre des votes par correspondance.

Les enveloppes qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'alinéa précédent, les enveloppes parvenues en plusieurs exemplaires sous le nom d'un même électeur, celles comprenant plusieurs enveloppes intérieures ainsi que celles émanant d'électeurs ayant pris part au vote sur place ne sont pas prises en compte pour le scrutin.

Le dépouillement du scrutin a lieu au siège de la direction de l'établissement en présence du coordonnateur général des soins et de deux candidats désignés par voie de tirage au sort.

Les bulletins sont valables même s'ils comportent moins de noms que de membres à élire.

Sont considérés comme nuls les bulletins comportant plus de noms que de membres à élire, les bulletins blancs, les bulletins ou enveloppes portant des signes de reconnaissance et les bulletins portant le nom de candidats ne correspondant pas au collège ou corps au titre duquel ils sont électeurs ou le nom de personnes ne figurant pas sur la liste des candidats.

Les membres de la commission sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque collège mentionnés au « 1-8.2. *Composition* ».

Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir 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 suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

En cas de partage de voix, le candidat le plus âgé est élu.

Le procès-verbal des opérations électorales est établi par le directeur de l'établissement et affiché immédiatement pendant six jours francs après le scrutin.

Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur de l'établissement avant l'expiration de ce délai. A l'issue de ce délai, le directeur proclame les résultats du scrutin.

Le président du directoire arrête la liste des membres composant la commission.

#### **1-9.3.3. Durée du mandat** (R. 6146-12)

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

#### **1-9.3.4. Présidence** (R. 6146-11)

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

#### **1-9.3.5. Réunions** (R. 6146-14)

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.

#### **1-9.3.6. Adoption des avis** (R. 6146-15)

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.

#### **1-9.3.7. Procès verbal** (R. 6146-16)

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.

#### **1-9.3.8. Bilan d'activité** (R. 6146-16)

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au directoire.

### **1-10. COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE**

#### **1-10.1. Composition** (R. 1112-81)

La commission est composée comme suit :

- 1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ;
- 2° Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- 3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé

La commission comporte en sus les personnes suivantes :

- 1° Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
- 2° Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parmi les membres mentionnés au b de l'article R. 714-62-2 ;
- 3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;
- 4° Un représentant du conseil de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Le directeur de l'établissement peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix ; ces derniers ne disposent pas en propre de voix consultative.



## **1-10.2. Fonctionnement**

Une permanence est assurée le premier jeudi de chaque mois de 11h00 à 12h00.

Dans le cadre de cette permanence, un médiateur médecin et un médiateur non médecin sont à la disposition des usagers.

## **1-10.3. Attributions**

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge pour mission :

- de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées sont tenues à la disposition des membres de la commission et une information leur est systématiquement donnée à chaque séance de la commission.

La commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

II.-La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

A cet effet :

1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- a) Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;
- c) Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- d) Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L. 1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- e) Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

2° A partir notamment de ces informations, la commission :

- a) Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;

b) Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en oeuvre ;

c) Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport mentionné.

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil d'administration ou à l'organe collégial qui en tient lieu, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'agence régionale de santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

## **1-11. AUTRES COMMISSIONS**

- le conseil de la vie sociale (*soins de longue durée - maison de retraite*) ;
- la commission de l'organisation et de la permanence médicale et pharmaceutique ;
- la commission d'appel d'offres ;
- la commission locale de surveillance de la distribution des gaz à usage médical ;
- le conseil de blocs opératoires.

*La composition nominative des instances, organes consultatifs et commissions désignés ci-dessus peut être consultée à la direction.*

## **CHAPITRE 2 : organisation interne**

## **2.1. ORGANISATION DES ACTIVITES ADMINISTRATIVES, LOGISTIQUES ET TECHNIQUES**

Les activités administratives, logistiques et techniques de l'établissement sont organisées en services et sont placées sous l'autorité directe du directeur de l'établissement.

## **2.2 ORGANISATION DES ACTIVITES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES**

### **2.2.1. Déontologie médicale**

Le code de déontologie médicale repris sous la section 1 du chapitre 7 du titre 2 du livre 1 de la partie V, au travers des articles R. 4127-1 à R. 4127-112 du code de la santé publique s'applique à l'ensemble du personnel médical exerçant à l'hôpital.

Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quel que soit 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 et les sentiments qu'il peut éprouver à son égard.

Sans préjudice des dispositions légales et réglementaires en vigueur, le personnel médical de l'hôpital est soumis aux principes et règles suivants.

Les médecins de l'hôpital assurent la permanence de la surveillance et des soins médicaux comportant notamment les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier. Ils peuvent participer aux actions d'enseignement, éventuellement rémunérées, de prévention et de recherches. Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Le médecin doit apporter au patient son concours en toutes circonstances. Le médecin ne doit jamais se départir d'une attitude correcte attentive envers la personne examinée.

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. En particulier il est tenu, dans tous ses actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

En dehors de l'activité libérale prévue infra et des émoluments statutaires qui lui sont versés par l'établissement (*ou par les autorités judiciaires en cas d'expertise*), le praticien ne reçoit aucun honoraire, pourboire, avantage en nature ou en espèces ou rémunération d'aucune sorte, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, pour un acte médical ou une prescription accomplis à l'hôpital.

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Les médecins et pharmaciens exerçant dans l'établissement sont soumis à une obligation de formation continue dans les conditions de l'article L.4133-1-1.

Dans ce cadre, l'évaluation des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins. Elle a pour but d'améliorer de façon continue la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.

L'évaluation des pratiques professionnelle, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue.

Les praticiens à temps plein peuvent exercer une activité libérale conformément à la législation et à la réglementation relative à l'exercice d'une activité libérale par les praticiens hospitaliers dans les établissements publics de santé, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle et à condition que ces praticiens exercent, personnellement et à titre principal, une activité de même nature dans le secteur public.

### **2.2.2. Organisation en pôles cliniques et médico-techniques et structures internes de prise en charge du patient**

Pour l'accomplissement de ses missions, le centre hospitalier Jacques Boutard est organisé en pôles cliniques et médico-techniques découpé en structures internes de prise en charge du patient.

Après concertation avec le directoire, le directeur arrête l'organisation interne de l'établissement et signe le contrat de pôle et d'activité.

Les structures internes de prise en charge du patient par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent notamment être constituées par les services et les unités fonctionnelles.

Les unités fonctionnelles sont des structures élémentaires de prise en charge des patients.

Le service peut être constitué d'unités fonctionnelles de même discipline, dont le nombre n'est pas défini a priori.

Le département peut regrouper des unités fonctionnelles de disciplines différentes.

Les modifications, transformations ou suppression des pôles et de leurs éventuelles structures internes de prise en charge du patient sont arrêtés par le directeur après concertation par le directoire, après consultation du Comité Technique d'Etablissement et information de la Commission Médicale d'Etablissement.

#### **2.2.2.1. Structure médicale des urgences**

Il est constitué une structure médicale des urgences, conformément à l'article L. 6146-1 du Code de la Santé Publique.

- **Missions dévolues à la structure**

1) Accueil, observation, prise en charge diagnostique et thérapeutique, orientation des personnes qui se présentent aux urgences ;

2) Interventions des médecins des urgences sur l'ensemble des services de l'établissement, la nuit et le week-end en dehors des heures de permanence habituelle ;

- Du lundi au vendredi : de 18h30 à 8h 30 ;
- Le week-end : du samedi 12h au lundi matin 8h30 ;
- Les jours fériés ;

3) En cas d'occupation complète des lits d'hospitalisation, tous services confondus, y compris surveillance continue et MCV, les médecins des urgences admettent les patients au sein de l'unité ambulatoire, et doivent en assurer la prise en charge :

- Pendant 24 h minimum en cas d'occupation complète ;
- Le week-end, à partir du vendredi soir jusqu'au lundi matin, le cas échéant ;
- Les jours fériés ;

4) Affirmation du rôle pivot des urgences dans l'organisation et la prise en charge de la filière gériatrique.

- **Nomination du responsable de la structure**

A la tête de la structure médicale des urgences, est placé un médecin de pleine compétence, nommé par le directeur sur proposition du chef de pôle après avis du président de la commission médicale d'établissement.

- **Durée du mandat du responsable et condition de renouvellement**

Le responsable de la structure est nommé pour une durée de 3 ans renouvelable une fois, après avis de la commission médicale d'établissement.

Il peut être mis fin à son mandat dans les mêmes conditions.

Le responsable de la structure est membre de droit du conseil de pôle

### **2.2.2.2. Structure interne de l'information médicale**

Il est constitué une structure interne de l'information médicale, conformément à l'article L. 6146-1 du Code de la Santé Publique.

Les missions et les moyens attribués à la structure des urgences sont définis dans l'annexe 8 du règlement intérieur.

- **Nomination du responsable de la structure**

A la tête de la structure dédiée à l'information médicale est placé un médecin nommé par le directeur sur proposition du chef de pôle après avis du président de la commission médicale d'établissement.

- **Durée du mandat du responsable et condition de renouvellement**

Le responsable de la structure est nommé pour une durée de 3 ans renouvelable une fois, après avis de la commission médicale d'établissement.

Il peut être mis fin à son mandat dans les mêmes conditions.

Le responsable de la structure est membre de droit du conseil de pôle.

### **2.2.2.3. Organisation du service de soins de suite et de réadaptation**

Le service de soins de suite et de réadaptation, est constitué de trois unités fonctionnelles à caractère médical :

- Une unité fonctionnelle de 17 lits dénommée **SSR spécialisé mention « affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance »** ;
- Une unité fonctionnelle de 16 lits dénommée **SSR polyvalent** ;
- Une unité fonctionnelle de 4 lits, dénommée **SSR « affections hématologiques »**.

- **Nomination des responsables des unités fonctionnelles**

A la tête de chaque unité fonctionnelle, est placé un médecin de pleine compétence, nommé par le directeur, sur proposition du chef de pôle après avis du président de la commission médicale d'établissement.

- **Durée du mandat des responsables et condition de renouvellement**

Les responsables des unités fonctionnelles sont nommés pour une durée de 3 ans renouvelable une fois, sur décision du directeur après avis du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement.

Il peut être mis fin à leur mandat à tout moment dans les mêmes conditions.

- **Prise en charge médicale**

Chacune des unités fonctionnelles a un fonctionnement médical autonome.

La responsabilité des admissions et des sorties des patients relève du (ou des) praticien(s) responsable de chaque unité fonctionnelle.

Chacune des unités fonctionnelles met en œuvre une organisation interne permettant de suivre notamment les critères d'évaluation suivants : taux d'occupation, durée moyenne de séjour, durée moyenne de séjour hors séjours de trois mois.

### **2.2.3 Nomination et missions du praticien chef de pôle (D 6146-1)**

Les pôles d'activités cliniques et médico-techniques sont placés sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle nommé pour une durée de 4 ans renouvelable, conformément aux articles L. 6146-3 et D .6146-2 du code de la santé publique.

Le chef de pôle est nommé par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement. Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, le directeur nomme la personne de son choix. En cas de désaccord du directeur sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, le directeur peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le chef de pôle de son choix.

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.

Le praticien chef du pôle d'activité clinique et médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction 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 structures, services ou unités fonctionnelles, 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.

### **2.2.4 Le contrat de pôle (R 6148-6)**

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical.

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

- 1° Dépenses de crédits de remplacement des personnes non permanentes ;
- 2° Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- 3° Dépenses à caractère hôtelier ;
- 4° Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- 5° Dépenses de formation de personnel.



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

- 1° Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- 2° Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- 3° Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- 4° Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- 5° Affectation des personnels au sein du pôle ;
- 6° Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- 7° 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.

Il est conclu pour une période de quatre ans.

### **2.2.5 Le projet de pôle** *(R 6148-6)*

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 chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle.

Le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.

### **2.2.6. Nomination et missions des responsables de structures internes de prise en charge du patient**

Les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, et après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Le chef de pôle présente au directeur une liste, comportant au moins trois noms, dans un délai de trente jours à compter de sa demande.

En cas d'absence de proposition dans le délai requis, le directeur nomme la personne de son choix. En cas de désaccord du directeur sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, le directeur peut demander qu'une nouvelle

liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme les responsables de son choix.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle 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. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

## **2-2.7. Conseils de pôle**

### **2-2.7.1. Composition**

Outre le responsable du pôle, président, sont membres de droit du conseil de pôle :

- a) Le praticien responsable de chacune des structures internes composant le pôle ;
- b) Le cadre supérieur de santé, la sage-femme cadre supérieur ou, à défaut, le cadre de santé ou la sage-femme cadre ainsi que le cadre administratif qui assistent le responsable du pôle ;
- c) Les cadres supérieurs de santé ou les sages-femmes cadres supérieurs qui assurent l'encadrement de plusieurs cadres mentionnés au d ci-dessous ;
- d) Le cadre de santé ou la sage-femme cadre qui assure l'encadrement du personnel dans chacune des structures internes du pôle.

Lorsque le nombre des cadres mentionnés aux c et d ci-dessus excède celui des praticiens mentionnés au a, le nombre des cadres mentionnés au d est réduit, à due concurrence, dans des conditions définies par le règlement intérieur de l'établissement.

Outre les membres de droit, le conseil de pôle comporte des membres titulaires et suppléants élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque corps ou catégorie représentés au sein de deux groupes.

Le nombre de sièges attribués à chaque corps et catégorie de personnels de chacun des deux groupes est attribué selon les modalités suivantes :

1<sup>o</sup> Le nombre de sièges est calculé au prorata des effectifs des corps ou catégories des personnels au sein du groupe considéré, appréciés, en équivalents temps plein, au dernier jour du troisième mois précédant la date d'affichage prévue à l'article R. 6146-15 du code de la santé publique ;

2<sup>o</sup> Le nombre de représentants titulaires de chaque groupe ne peut ni être supérieur au tiers des électeurs du groupe, ni excéder trente membres. L'application des dispositions qui précèdent ne saurait aboutir à ce qu'un corps ou une catégorie ne

dispose pas au moins d'un siège ni à ce que, dans le groupe mentionné au 1<sup>o</sup> du II, les praticiens titulaires ne disposent pas au moins de la moitié des sièges.

Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes.

La désignation des membres titulaires et suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

## **2-2.7.2. Modalités d'élection**

### **2-2.7.2.1 Qualité d'électeur et conditions d'éligibilité**

Les personnels mentionnés ci-dessus, titulaires, stagiaires ou contractuels, sont électeurs et éligibles au sein des corps et catégories de l'un ou l'autre des deux groupes ci-dessous :

1<sup>o</sup> Le groupe des médecins, odontologistes et pharmaciens comprend les corps ou catégories suivants : praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel, assistants hospitaliers universitaires, assistants et assistants associés, praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels, praticiens attachés et praticiens attachés associés, internes et résidents ;

2<sup>o</sup> Le groupe des personnels de la fonction publique hospitalière comprend les différents corps et catégories des personnels régis par le titre IV du statut général des fonctionnaires.

### **2-2.7.2.2 Déroulement du scrutin**

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.

Pendant la durée de l'affichage, les électeurs et éligibles peuvent présenter des réclamations contre les erreurs ou omissions de ces listes. En cas de contestation, le directeur de l'établissement statue sans délai.

Les déclarations de candidature, dûment signées, comportent l'indication des noms, prénoms, qualités ainsi que du collège, du corps au titre desquels se présentent les intéressés. Elles sont adressées ou remises au directeur de l'établissement, quinze jours au moins avant la date fixée pour le scrutin, le cachet de la poste ou le récépissé de dépôt à la direction, en cas de remise en main propre, faisant foi.

Aucune candidature ne peut être déposée ou retirée après la date limite prévue à l'alinéa précédent.

Le directeur de l'établissement arrête la liste des candidats par collège et par corps. Elle est affichée immédiatement.

Dans le cas où le nombre de candidats pour un collège est insuffisant, la liste des candidats est composée de l'ensemble des membres du collège.

Les bulletins de vote et les enveloppes sont mis à la disposition des électeurs par la direction de l'établissement. Le vote par correspondance est admis.

L'électeur fait figurer sur son bulletin de vote autant de noms que de membres titulaires et suppléants à élire dans le collège ou par corps auquel il appartient. Il place son bulletin de vote dans une enveloppe non cachetée ne comportant aucun signe distinctif.

Les électeurs votant par correspondance doivent placer cette enveloppe dans une enveloppe cachetée mentionnant leur identité ainsi que le collège et le corps au titre duquel le vote est émis. Cette enveloppe est adressée par voie postale ou remise au directeur de l'établissement. Elle doit parvenir entre la date de publication des listes de candidat et avant l'heure de clôture du scrutin au bureau de vote. Le directeur tient un registre des votes par correspondance.

Les enveloppes qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'alinéa précédent, les enveloppes parvenues en plusieurs exemplaires sous le nom d'un même électeur, celles comprenant plusieurs enveloppes intérieures ainsi que celles émanant d'électeurs ayant pris part au vote sur place ne sont pas prises en compte pour le scrutin.

Le dépouillement du scrutin a lieu au siège de la direction de l'établissement en présence du coordonnateur général des soins et de deux candidats désignés par voie de tirage au sort.

Les bulletins sont valables même s'ils comportent moins de noms que de membres à élire.

Sont considérés comme nuls les bulletins comportant plus de noms que de membres à élire, les bulletins blancs, les bulletins ou enveloppes portant des signes de reconnaissance et les bulletins portant le nom de candidats ne correspondant pas au collège ou corps au titre duquel ils sont électeurs ou le nom de personnes ne figurant pas sur la liste des candidats.

Les membres de la commission sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés au « 2-2.5.1. *Composition* ».

Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir 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 suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

En cas de partage de voix, le candidat le plus âgé est élu.

Le procès-verbal des opérations électorales est établi par le directeur de l'établissement et affiché immédiatement pendant six jours francs après le scrutin.

Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur de l'établissement avant l'expiration de ce délai. A l'issue de ce délai, le directeur proclame les résultats du scrutin.

### **2-2.5.3. Attributions**

Le conseil de pôle d'activité a notamment pour objet :

1<sup>o</sup> De participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle, dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques ;

2<sup>o</sup> De permettre l'expression des personnels, de favoriser les échanges d'informations et de faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes, notamment quant à la permanence des soins et à l'établissement des tableaux de service.

### **2-2.5.4. Fonctionnement**

Le conseil de pôle se réunit au moins une fois par an.

Le conseil de pôle se réunit sur convocation de son président.

Il peut-être également convoqué à la demande du tiers au moins de ses membres ou du directeur de l'établissement.

L'ordre du jour est fixé par le président, assisté par le secrétaire.

Sauf cas d'urgence, l'ordre du jour est adressé au moins sept jours à l'avance aux membres du conseil de service.

### **2-2.5.5. Durée du mandat**

La durée du mandat des membres élus du conseil de pôle d'activité est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

En cas de cessation anticipée du mandat d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé, pour la durée du mandat en cours, par le membre suppléant du corps ou de la catégorie considéré qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

### **2-2.5.6. Exercice dans plusieurs pôles et rôle de conseil**

En cas d'exercice dans plusieurs pôles d'activité, le professionnel intéressé est, pour l'élection des membres des conseils de pôle, rattaché au pôle où il exerce à titre principal.

Lorsqu'un professionnel exerce sur plusieurs pôles, il assiste avec voix consultative aux séances des autres conseils de pôle.

Le conseil de pôle peut entendre tout professionnel de l'établissement, compétent sur une question inscrite à l'ordre du jour.

## **2-3. FEDERATION - COOPERATION**

L'établissement participe au mouvement visant à renforcer la complémentarité des établissements sanitaires et sociaux, publics ou privés, du secteur. Des conventions, conclues notamment avec le C.H.U. de Limoges, concrétisent cette volonté de

prendre place dans un réseau de santé coordonné (*Médecine cardio vasculaire, radiologie, hygiène hospitalière, gynécologie obstétrique...*)

Le conseil d'administration décide de participer à la création d'une communauté d'établissement, à "vocation multiple", dont la charte constitutive a été signée en juin 2000.

Une fédération inter hospitalière en chirurgie/anesthésie a été mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2001 avec le C.H.U. de Limoges.

## **2-4. ORGANISATION DE LA PERMANENCE MEDICALE**

A l'exception de l'activité des urgences, l'organisation des activités médicales et pharmaceutiques comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme d'astreinte à domicile.

L'activité des urgences est organisée en temps médical continu.

Dans cette organisation, les activités sont assurées indifféremment le jour et la nuit, conformément au tableau de service.

L'organisation de la permanence des soins au sein de l'établissement est retracée dans un tableau de service nominatif mensuel auquel chaque praticien doit se conformer.

## **2-5. PROJET MEDICAL**

Le projet médical définit pour une durée maximale de cinq ans les objectifs médicaux de l'établissement compatibles avec le schéma régional d'organisation sanitaire du Limousin et prend en compte le rôle de proximité de l'établissement, pivot du territoire de santé de Saint-Yrieix-la-Perche comme cela est formalisé dans le projet médical de territoire.

## **2-6. PERSONNEL MEDICAL**

Les médecins hospitaliers temps plein consacrent la totalité de leur activité professionnelle à l'hôpital et aux établissements, services ou organismes liés à celui-ci par convention. Leur service normal hebdomadaire est fixé par les dispositions statutaires en vigueur.

Les médecins hospitaliers temps partiel accomplissent un service hebdomadaire réparti entre le matin et l'après-midi ou qui peut être effectué la nuit au titre des services de garde.

Les médecins de l'hôpital participent au service de garde et astreinte selon des modalités de tableaux mensuels de service établis avant le 20 de chaque mois pour le mois suivant.

Les médecins ont droit à des congés dont la durée est fixée par voie réglementaire. Le directeur arrête le tableau des congés annuels, après avis du président de la

commission médicale d'établissement. A cet effet, les demandes individuelles sont communiquées à l'administration quinze jours au moins avant le début effectif desdits congés. Conformément à la législation en vigueur, les autorisations d'absence de toute nature sont accordées par le directeur sur demande écrite des intéressés et sous réserve que soient assurées la continuité des soins et la surveillance médicale.

Les praticiens attachés et attachés associés sont nommés par le directeur, sur proposition du chef de service.

Les praticiens attachés sont notamment chargés de seconder le responsable de service et ses collaborateurs permanents dans les divers aspects de leurs activités de diagnostic et de soins, soit dans la mise en œuvre de technique d'examen ou de traitement non habituellement pratiqués par les membres du personnel médical.

Les praticiens attachés associés ne participent à l'activité du service public hospitalier que sous la responsabilité directe du chef de service dans lequel ils sont affectés ou de l'un de ses collaborateurs médecin. Ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante et sont associés au service de garde.

Les internes, les résidents et les faisant fonction d'interne sont des praticiens en formation. Ils consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et à leur formation.

Leurs obligations de service sont fixées par la réglementation en vigueur à onze demi-journées par semaine. Ils participent à la visite, à la contre-visite, à la surveillance des malades et au service de gardes et astreintes, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont ils relèvent.

## **2-7. RECUEIL, ANALYSE ET TRAITEMENT DES DYSFONCTIONNEMENTS**

*(délibération n°2007-11 du 29 mars 2007)*

Le centre hospitalier assure le recueil, l'analyse et le traitement de l'ensemble des dysfonctionnements internes et externes à l'établissement liés à l'activité des urgences à l'aide d'une procédure et d'une fiche de déclaration des événements indésirables.

Cette démarche s'intègre à la politique continue menée par l'établissement en matière d'amélioration de la qualité de la sécurité des soins, d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, cette démarche comporte plusieurs modes de signalement des événements indésirables.

En cas d'événement indésirable lié à l'activité des urgences, les agents ou le médecin doivent remplir la fiche des événements indésirables, selon le modèle arrêté en annexe du présent règlement :

- qui est transmise au cadre du service et au médecin responsable de la structure interne,
- puis adressée par ceux-ci au directeur de l'établissement.

Dans le même temps, un double de la fiche est adressé, par le cadre du service, au référent du risque, tels qu'il est défini dans le manuel de gestion des risques interne à l'établissement.

A réception, le directeur la transmet au responsable de la gestion des risques qui en assure le traitement en lien avec le référent du risque.

En tant que de besoin, et si la situation le justifie, le responsable de la gestion des risques peut saisir la cellule qualité et de gestion des risques afin de proposer des actions correctives.

Le responsable de la gestion des risques tient régulièrement informée la cellule qualité et gestion des risques du traitement des fiches.

Au terme du traitement de la déclaration, le responsable de la gestion des risques en rend compte au directeur de l'établissement qui décide, si la situation l'exige de déclarer l'événement à l'autorité administrative compétente.

Le bilan de ces déclarations est soumis aux instances de l'établissement.

Conformément à l'arrêté du 12 février 2007, si des éléments du rapport concernent des dysfonctionnements liés à l'organisation de la prise en charge des urgences ne pouvant relever d'un traitement interne à l'établissement, un extrait du rapport concernant ces problèmes est transmis, par le directeur de l'établissement, au réseau de prise en charge des urgences, après avis des instances de l'établissement. »



## **CHAPITRE 3 : dispositions relatives aux usagers**

### **Hospitalisation et consultations externes**

Sans préjudice des dispositions législatives ou réglementaires particulières, les usagers de tous les services du centre hospitalier de Saint-Yrieix-la-Perche conservent durant leur séjour les droits et obligations reconnus à l'ensemble des citoyens.

### **3-1. ENTREES**

#### **3-1.1. Droit commun**

##### **3-1.1.1. Admission des usagers** (*R. 1112-11 à R. 1112-13*)

Sous réserve des dispositions particulières applicables aux résidents des services d'hébergement, l'admission dans tous les services de l'hôpital est prononcée par le directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement. Elle est décidée, hors cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du séjour hospitalier. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans mentionner le diagnostic de l'affection qui motive l'admission ; il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le directeur de l'agence régionale de santé (*R. 1112-12*).

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

##### **3-1.1.2. Transferts d'urgence** (*R. 1112-14*)

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

En particulier, si le malade est une femme enceinte sur le point d'accoucher, un nouveau-né ou un très jeune enfant, toutes dispositions sont prises pour le transport d'urgence dans l'établissement le plus proche disposant des structures permettant de le prendre en charge.

### **3-1.1.3. Information des familles** (R. 1112-15)

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue. Cette information sera donnée par la police, la gendarmerie ou par l'hôpital. Dans ce dernier cas, il appartient soit au médecin, soit au cadre de santé, soit à l'infirmière responsable des soins de prendre les contacts nécessaires.

### **3-1.1.4. Décharges de responsabilité** (R. 1112-16)

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus ou à défaut un procès-verbal de refus est dressé ; il sera signé par deux témoins (*agents du service, internes, infirmiers...*) après avoir été informé des risques encourus pour sa personne et s'être vu remis les ordonnances éventuelles nécessitées par son état.

### **3-1.1.5. Dépôts**

Lors de son admission, l'usager 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. A la demande des intéressés, les carnets de chèques et les cartes de paiement pourront être déposés dans le coffre de l'administration (R. 1113-1).

Si le malade ou blessé est hors d'état de manifester sa volonté ou s'il doit recevoir des soins d'urgence, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets ou vêtements dont le malade ou blessé est porteur, est aussitôt dressé et signé par deux agents au moins. Le dépôt d'argent ou d'objets de valeur est alors effectué par un agent du service (R. 1113-5).

La responsabilité de l'administration n'est pas engagée pour la perte, le vol ou la détérioration des objets non déposés dans les conditions ci-dessus (R. 1113-3).

Sous réserve des dispositions de l'article L. 6145-12 du code de la santé publique, les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, à la Caisse des Dépôts et Consignations s'il s'agit de somme d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

Le service des domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de ventes prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement détenteur (R. 1113-9).

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés, en qualité de dépositaires, par les établissements où les personnes ont été admises ou hébergées pendant une durée de cinq ans après la sortie ou le décès des intéressés. A l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits.

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

### **3-1.1.6. Différents régimes d'hospitalisation**

Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont, sauf en cas d'urgence et compte tenu des disponibilités en lits, le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis. Le médecin traitant ou consultant est alors averti du service où le malade a été accueilli (R. 1112-17).

Les malades sont hospitalisés en régime commun ou en régime particulier qui comprend la chambre à un lit (R. 1112-18).

#### **3-1.1.6.1. Régime de droit commun**

Les bénéficiaires de l'aide médicale sont admis exclusivement en régime commun (R.1112-18).

Lorsque l'état du malade requiert son isolement en chambre à un ou deux lits, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en étant placé sous le régime commun (R. 1112-19).

#### **3-1.1.6.2. Régime particulier**

Le malade non bénéficiaire de l'aide médicale peut demander à être hospitalisé en régime particulier.

Le régime particulier comporte l'hospitalisation en chambre à un lit avec majoration du prix de journée du régime commun. Le choix est formulé par écrit, dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant. Ils reçoivent toutes indications concernant les règles qui leur seront appliquées et signent un engagement de payer (R. 1112-22).

#### **3-1.1.6.3. Régime privé**

Certaines consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité de clientèle privée par les praticiens hospitaliers.

Les malades hospitalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers sont soumis à l'application du prix de journée du régime privé.

Lorsque les malades autres que les bénéficiaires de l'aide médicale choisissent d'être traités au titre de l'activité libérale des praticiens, le choix est formulé par écrit, dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant. Ils reçoivent toutes indications concernant les règles qui leur seront appliquées et signent un engagement de payer.

### **3-1.1.7. Versement d'une provision à l'entrée**

Sauf dispositions particulières applicables aux résidents et sous réserve éventuellement de la prise en charge au taux fixé par le régime d'assurance concernant l'assuré, il peut être exigé de tout usager non bénéficiaire de l'aide médicale, le versement d'une provision correspondant aux frais de 10 journées de séjour. Ce versement doit être effectué dans les 48 heures de l'admission à la caisse de la régie de recettes ou à la caisse du receveur percepteur de l'établissement par l'intéressé ou sa famille.

L'usager hospitalisé en secteur public peut faire une demande d'aide médicale en principe après avis de la caisse d'assurance maladie.

Dans le cas où les frais de séjour des malades ne sont pas susceptibles d'être pris en charge, soit par les services de l'aide médicale, soit par un organisme quelconque de sécurité sociale, soit par le ministère chargé des anciens combattants et victimes de guerre ou par tout autre organisme public, les intéressés, où, à défaut leur famille ou un tiers responsable, souscrivent un engagement d'acquitter les frais de toute nature afférents au régime choisi. Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée dans l'établissement une provision renouvelable égale à dix jours d'hospitalisation ou à la durée prévisible du séjour ; en cas de sortie avant l'expiration des dix jours, la fraction de provision dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

### **3-1.1.8. Transfert d'un régime d'hospitalisation à un autre (R. 1112-23)**

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

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

## **3-1.2. Règles particulières**

### **3-1.2.1. Bénéficiaire de la sécurité sociale, de l'aide médicale ou du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre**

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous documents justifiant l'appartenance à un régime de protection sociale ou 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 (R. 1112-24).

Les bénéficiaires de l'aide médicale doivent être 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 de séjour, dans les conditions prévues par le règlement départemental de l'aide sociale (R. 1112-25).

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 ([R. 1112-26](#)).

### **3-1.2.2. Femmes enceintes** ([R. 1112-27](#) à [R 1112-28](#))

Le directeur ne peut 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.

Après que les soins urgents aient été réalisés, le transfert est organisé comme il est précisé à l'article 3.1.1.2 du présent règlement intérieur.

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 l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise ; cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention.

Le directeur doit alors informer le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de cette admission anonyme.

### **3-1.2.3. Militaires en activité** ([R. 1112-29](#))

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 dans les conditions définies par la réglementation applicable en la matière.

Les frais sont pris en charge par l'Etat ([décret n°60-1242 du 21 novembre 1960](#)).

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

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées ou le centre hospitalier mixte le plus proche.

### **3-1.2.4. Détenus** ([R. 1112-30](#) à [R. 1112-33](#))

Les détenus malades 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 soit dans le service spécialement aménagé dans l'établissement, soit dans une chambre ou un local 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 malades.

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, pris en application du code de procédure pénal, ils peuvent être traités, à leurs frais, en régime particulier ou dans le secteur de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, si la surveillance prévue à l'article R. 1112-30 ne gêne pas les autres malades.

Tout incident grave est signalé par le directeur aux autorités compétentes dans les conditions prévues par le code de procédure pénale et en particulier au chef d'établissement pénitentiaire.

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

### **3-1.2.5. Majeurs légalement protégés** (R. 1112-37)

Les malades peuvent être placés sous sauvegarde de justice ou tout autre régime de protection, dans les conditions prévues par le code de la santé publique et le code civil.

Les biens des majeurs protégés, hospitalisés dans l'établissement, sont administrés dans les conditions prévues par le code civil et par les décrets n°69-195 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 cures publics.

Un préposé de l'établissement est désigné par le directeur pour exercer les fonctions de gérant de tutelles.

Le représentant légal du majeur protégé doit être informé de l'hospitalisation.

### **3-1.2.6. Mineurs** (R. 1112-34 à R 1112-36)

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité ou dérogation prévue par l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale : des père et mère, du tuteur légal ou de l'autorité judiciaire.

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

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur lui a été



confié par ses père, mère ou tuteur. 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 du code de la santé publique, si lors de l'admission d'un mineur, il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait, en cas de besoin, être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération. La demande leur en est d'ailleurs faite systématiquement par l'administration hospitalière au moment de l'admission.

Lorsque les parents ou le tuteur légal du mineur ont refusé de signer l'autorisation d'opérer, ou s'ils ne se sont pas présentés au bureau des entrées, mention en est portée sur le billet d'admission. Cette mention est contresignée par deux agents du bureau des entrées ; le billet est ensuite transmis au service d'hospitalisation du mineur.

En cas de refus de signer l'autorisation d'opérer ou si le consentement des parents ou du tuteur 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 des parents ou du tuteur légal de ce mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de ceux-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 malade relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur adresse, sous pli cacheté, dans les quarante-huit heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance, le certificat médical confidentiel du médecin chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

### **3-1.2.7. Malades toxicomanes** ([R. 1112-38](#) à [R 1112-39](#))

Les toxicomanes à l'exclusion des malades placés en hospitalisation d'office ou en hospitalisation sur demande d'un tiers, qui se présenteraient spontanément dans l'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. Les malades peuvent demander aux médecins qui les ont traités, un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

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

### **3-1.2.8. Sujets en état d'ivresse**

Les sujets en état d'ivresse amenés par les forces de l'ordre sont admis sur avis médical et bénéficient d'un examen médical obligatoire pour établir le bilan médical exact de leur état, ainsi que la présence éventuelle d'une intoxication chronique dont



il conviendra d'envisager le traitement qui débouche soit sur une hospitalisation, soit sur une non hospitalisation, dans ce cas, les intéressés sont remis entre les mains des forces de l'ordre auxquelles est remis un certificat médical de non admission. Les sujets en état d'ivresse se présentant seuls ou amenés par toute autre personne sont admis sur avis médical pendant une durée suffisante pour établir le bilan médical exact de leur état, ainsi que la présence éventuelle d'une intoxication chronique dont il conviendra d'envisager le traitement qui débouche soit sur une hospitalisation, soit sur une non hospitalisation.

A la sortie de l'hôpital, le patient sera dans la mesure du possible orienté selon le cas vers :

- son médecin traitant ;
- les services hospitaliers de désintoxication ;
- le dispensaire d'hygiène mentale de son secteur.

### **3-1.2.9. Etrangers**

Les étrangers sont hospitalisés dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

Les étrangers ressortissants d'un état membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

## **3-2. CONDITIONS DE SEJOUR** ([R. 1112-40](#) à [R 1112-55](#))

### **3-2.1. Accueil**

L'accueil des malades et des accompagnants est assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission. ([R. 1112-40](#))

Dès son arrivée dans l'établissement, chaque usager reçoit un livret d'accueil et les informations qui lui seront utiles pendant son séjour ([R. 1112-41](#)) :

- plan des lieux, situation géographique de l'hôpital dans la ville et voies d'accès ;
- liste des services de l'hôpital ;
- nom des chefs de service, des principaux responsables médicaux et administratifs et de l'assistante sociale ;
- horaires des repas et des visites ;
- liste des modalités d'admission et de sortie ;
- modalités de prise en charge et de paiement des frais d'hospitalisation ;
- identification du personnel par des badges ;
- indications relatives au service social ;
- indications relatives aux différents cultes ;

- liste des services dont peuvent bénéficier les malades (*bibliothèque, télévision, courrier, téléphone, etc...*) ;
- contrat d'engagement de lutte contre la douleur ;
- information sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le cadre des missions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la sous commission spécialisée de la commission médicale d'établissement ;
- charte du patient hospitalisé et guide des droits des usagers ;
- questionnaire de sortie.

### **3-2.2. Au service des usagers**

Le cas échéant, les usagers peuvent bénéficier des conseils d'une assistante sociale par l'intermédiaire du cadre de santé du service ou du bureau des entrées.

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles (*R. 1112-44*).

L'hôpital est tenu d'informer par lettre le praticien désigné par le malade hospitalisé ou sa famille de la date et de l'heure de l'admission du malade et du service concerné. Il l'invite en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utiles sur le malade 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 praticien désigné dans les mêmes conditions que ci-dessus et qui en fait la demande écrite toutes les informations significatives relatives à l'état du malade.

Le vaguemestre est à la disposition des usagers pour toutes les opérations postales. Les levées ont lieu au moins une fois par jour (*R. 1112-53*).

Les usagers et leurs familles ont la possibilité d'utiliser à titre onéreux, d'une part la cabine téléphonique publique, d'autre part les appareils installés dans les chambres. Ils peuvent recevoir les communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services (*R. 1112-54*).

L'hospitalisé conserve ses vêtements et son linge personnel, à charge pour lui d'en assurer l'entretien.

### **3-2.3. Information des usagers** (*article L. 1111-1 et suivants du code de la santé publique*)

Les usagers doivent être informés par les moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins (*R. 1112-42*).

L'utilisateur peut accéder aux informations contenues dans son dossier médical soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne et en obtenir communication, dans les conditions définies aux articles R 1111-1 à R 1111-8 du code de la santé publique plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus

tôt après qu'un délai de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans.

Avant toute communication, l'établissement de santé doit s'assurer de l'identité du demandeur et s'informer le cas échéant de la qualité du praticien désigné.

L'utilisateur ou le praticien désigné prennent connaissance du dossier, à leur choix :

- soit par consultation sur place. Cette consultation est gratuite ;
- soit par l'envoi par l'établissement de la reproduction des documents prévus par l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais ne puissent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Le praticien communique les informations médicales au patient ou à son représentant légal dans le respect des règles déontologiques.

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

Les établissements de santé ne sont pas tenus de satisfaire les demandes de communication manifestement abusives par leur nombre ou leur caractère systématique.

Lorsqu'un dossier médical est constitué à l'occasion d'une consultation externe, le patient peut en obtenir la communication dans les conditions ci-dessus.

#### **3-2.4. Information des familles (R. 1112-45)**

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserves des dispositions de l'article L 1111-5 du code de la santé publique, les usagers 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. Toutefois, cette disposition ne fait pas obstacle à l'obligation faite au directeur au 3-1.2.3. § 2 ci-dessus.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical (*telles que diagnostic et évolution de la maladie*) ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies dans le code de déontologie médicale repris sous les articles R. 4127-1 à 112 du code de la santé publique ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par les cadres de santé.

#### **3-2.5. Conditions de séjour**

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des usagers, ni gêner le fonctionnement des services ; lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le directeur, qui pourra solliciter le cas échéant, le concours de la force publique (R. 1112-47).

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès auprès des usagers, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par l'administration (R. 1112-47).

Les usagers peuvent demander au cadre de santé du service d'interdire aux personnes qu'ils désigneront d'avoir accès auprès d'eux (R. 1112-47).

Les associations et organismes qui envoient auprès des malades des visiteurs bénévoles doivent, préalablement, obtenir l'autorisation de l'administration.

Les visiteurs et les usagers ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni produits stupéfiants, ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments (R. 1112-48).

Le cadre de santé du service doit s'opposer dans l'intérêt de l'utilisateur, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit (R. 1112-48).

En cas de méconnaissance de ces prescriptions, les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites (R. 1112-48).

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles, ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'hôpital (R. 1112-48).

Il est strictement interdit de fumer, sous peine d'amendes, dans l'ensemble des locaux de l'établissement de santé qui n'est pas autorisé à aménager des espaces fumeurs en application des dispositions des articles L. 3511-7, R. 3511-1 et du dernier alinéa de l'article R. 3511-2 du code de la santé publique (*Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 : date d'application de la dispositions 1<sup>er</sup> février 2007*).

Ils ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores. Le nombre de visiteurs à admettre ensemble auprès d'un même malade pourra être limité.

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

Lorsqu'un usager dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'à l'exclusion de l'intéressé (R. 1112-49).

Les usagers doivent veiller à respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition (R. 1112-50).

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions prévues ci-dessus (*alinéa 11*) (R. 1112-50).

Aucune somme d'argent, cadeau ou gratification d'aucune sorte ne doit être offert aux personnels dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions par les usagers, les familles ou toute autre personne. De même, aucune somme d'argent ne peut-être versée en dépôt entre les mains du personnel par les usagers (R. 1112-51).

Conformément au 3-1.1.5. il est recommandé de déposer les objets de valeur, les sommes d'argent etc... à la caisse du comptable. A défaut de cette précaution, l'administration ne pourra en aucun cas être mise en cause en cas de perte ou de vol.

Les hospitalisés 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 et s'abstenir de tout déplacement hors du service à partir de 20 heures.

Dans tous les cas, les appareils de télévision ne peuvent être introduits à l'hôpital qu'avec l'autorisation de l'administration, après fourniture d'une attestation de bon fonctionnement délivré par un revendeur. Ces appareils demeurent placés sous la responsabilité de leur propriétaire. Les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent pas gêner le repos du malade ou de ses voisins (R. 1112-55).

Dans les services de court séjour, de soins de suite et de réadaptation et dans les lits d'accueil temporaire avec hébergement, l'établissement peut fournir un téléviseur contre paiement d'une redevance, de mise à disposition, dont le montant est fixé par délibération du conseil d'administration et décision du directeur de l'établissement.

Quelque soit la durée du séjour, un forfait est applicable correspondant à 5 jours d'hospitalisation ou d'hébergement. La redevance est payable d'avance et non remboursable.

Au-delà des 5 premiers jours, une redevance dégressive est appliquée correspondant à deux périodes :

- du 6<sup>ème</sup> au 30<sup>ème</sup> jour,
- au-delà du 31<sup>ème</sup> jour.

Cette redevance complémentaire sera perçue à la sortie.

Il est recommandé aux usagers de prendre soin de leurs prothèses, l'administration déclinant toute responsabilité en cas de perte ou de détérioration.

Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital, chacun est tenu de l'observer. »

### **3-2.6. Cultes**

Les usagers exercent librement le culte de leur choix. Les ministres des cultes des différentes confessions rendent visite aux hospitalisés qui en expriment le désir auprès du cadre du service (R. 1112-46).

Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres patients et des nécessités du service public hospitalier.

### **3-2.7. Régime alimentaire**

Les horaires habituels des repas sont les suivants :

- le petit déjeuner est servi de 7 h 30 à 8 h 00 ;
- le déjeuner est servi à 12 h 00 ;
- le dîner est servi à 18 h 00.

Il peut être servi à titre onéreux un repas aux personnes rendant visite aux hospitalisés qui en auront formulé la demande auprès du cadre de santé du service. Les tarifs applicables sont arrêtés chaque année par le conseil d'administration.

Les menus sont élaborés chaque semaine par le responsable du service des cuisines assisté de la diététicienne sous l'autorité du responsable des services économiques : ils sont communiqués à chaque service.

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

La diététicienne établit à partir du menu général et sur avis médical les différents menus spécifiques. Elle intervient sur prescription médicale auprès du malade ayant un régime alimentaire spécifique afin de leur fournir des explications et de leur remettre le cas échéant leur régime de sortie.

### **3-2.8. Régime des visites**

Les visites des hospitalisés ont lieu de 12 h à 20 h, sauf pour le service de surveillance continue où les visites sont admises de 15 h à 19 h.

La réglementation des visites est destinée à préserver le repos des malades et à faciliter l'organisation des soins, les dérogations doivent être demandées au médecin responsable de l'unité, au chef de service ou au cadre de santé.

Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur ([R. 1112-47](#)).

Lorsque l'état du malade le justifie ou lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de 15 ans, la présence d'un accompagnant est autorisée en dehors des heures de visites par le chef de service ou son représentant.

L'établissement met à disposition des familles un espace accompagnant dénommée « *studette* » situé dans le service de médecine dont les conditions d'utilisation sont définies par un règlement propre annexé au présent règlement intérieur.

En cas d'hospitalisation d'un enfant, les jouets lui appartenant ou ceux qui lui sont apportés ne doivent lui être remis qu'avec l'accord du cadre de santé.

L'attention de l'accompagnant est appelée sur le fait que sa présence ne doit, en aucun cas, gêner l'organisation des soins ou troubler le repos des autres malades.

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

Les enfants de moins de 12 ans et mineurs non accompagnés ne sont pas admis auprès de l'hospitalisé, sauf autorisation du praticien responsable des soins.

### **3-2.9. Droit au secret** (*article L. 1110-4*)

Toute personne prise en charge par un professionnel de santé ou par un établissement de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

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

### **3-2.10. Droit à l'information et consentement aux soins** (*article L. 1111-2 et suivants du code de la santé publique*)

Les malades sont informés, par tous moyens adéquats, du nom des praticiens et des personnels paramédicaux appelés à leur donner des soins.

Les médecins donnent aux malades, dans les conditions fixées par le code de la santé publique, les informations qui leur sont nécessaires pour prendre les décisions concernant leur santé.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle sont exercés par le titulaire de l'autorité parentale, sous réserve de la dérogation prévue à l'alinéa 13 ci-dessous, ou par le tuteur.

Les mineurs et les majeurs sous tutelle reçoivent eux-mêmes une information adaptée à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, à leurs facultés de

discernement s'agissant des majeurs sous tutelle, qui leur permet de participer à la prise de décision.

Un pronostic fatal n'est révélé qu'avec la plus grande circonspection. En cas de diagnostic ou de pronostic grave, à moins que le patient n'ait préalablement interdit cette révélation, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'alinéa 16 de cet article, reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci.

Les traitements et soins proposés au patient font l'objet d'une information de la part du médecin. Le malade est informé préalablement 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.

Même lorsque le patient souhaite être tenu dans l'ignorance, le praticien a l'obligation de l'informer si les tiers peuvent être exposés à un risque de transmission.

Le patient auquel est administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale sauf si le mineur a fait connaître son opposition en application des dispositions visées à l'alinéa 20 ci-dessous.

Aucun acte médical n'est pratiqué sans le consentement éclairé du malade. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique et à l'alinéa 24 du présent article ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

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

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.



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 indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique et de l'alinéa 24 du présent article, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

Dans tous les cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs.

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

Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin 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 oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

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

Pour le mineur, il peut être fait usage des dispositions prévues au paragraphe 3-1.2.6 « *les mineurs* ».

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. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade 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, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions relatives à la personne de confiance ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

### **3-3. SORTIE DES USAGERS**

#### **3-3.1. Autorisation de sortie en cours d'hospitalisation**

Les hospitalisés peuvent demander compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, à bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximale de quarante-huit heures ([R. 1112-56](#)).

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

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui sont impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis de nouveau que dans la limite des places disponibles ([R. 1112-57](#)).

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

#### **3-3.2. Sortie normale**

Lorsque l'état de l'utilisateur ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service. La sortie d'un militaire est signalée au chef de corps ou à défaut à la gendarmerie ([R. 1112-58](#)).

La sortie des hospitalisés à lieu en principe tous le jours de 10 h 00 à 19 h 00.

Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert de l'hospitalisé dans un service de soins de suite et de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas (R. 1112-58).

Lorsque l'état du malade nécessite son transfert dans un établissement de santé pratiquant d'autres disciplines, ce transfert est assimilé à une sortie définitive lorsque l'hospitalisation excède 48 heures.

Le bulletin de sortie délivré aux malades ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation (R. 1112-59).

Tout malade sortant doit recevoir les certificats médicaux et, éventuellement, les ordonnances nécessaires à la continuité de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits (R. 1112-61).

A la fin de chaque séjour hospitalier :

- le compte rendu d'hospitalisation, avec notamment le diagnostic de sortie ;
- les prescriptions établies à la sortie du patient ;
- le cas échéant, la fiche de synthèse contenue dans le dossier de soins infirmiers ;

ainsi que tout autre document jugé nécessaire, sont adressés dans un délai de huit jours au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins. Il est alors établi des doubles de ces mêmes documents qui demeurent dans le dossier du patient (R. 1112-60).

Les personnes mentionnées au 3-3.1. § 4 sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles devront faire connaître, à l'administration de l'établissement, par écrit, si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement (R. 1112-64).

Le représentant légal est informé de la sortie prochaine de l'incapable majeur.

L'administration de l'établissement tient à la disposition des usagers la liste complète des ambulances agréées du département (R. 1112-66).

Les frais occasionnés sont à la charge des malades.

### **3-3.3. Sortie contre avis médical (R. 1112-62)**

A l'exception des mineurs, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

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

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par deux membres du personnel (*médecin, interne, cadre de santé, infirmière*).

Tout malade sortant contre avis médical doit recevoir les certificats médicaux et, éventuellement, les ordonnances nécessaires à la continuité de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

### **3-3.4. Sortie disciplinaire**

La sortie des malades peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par mesure disciplinaire dans les conditions et selon les modalités fixées par l'article R 1112-49 du code de la santé publique.

### **3-3.5. Sortie in extremis (R. 1112-63)**

Lorsque l'état de l'hospitalisé s'est aggravé et que l'on pressent l'imminence de la mort, il peut être transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

### **3-3.6. Questionnaire de sortie (R. 1112-67)**

Tout hospitalisé reçoit un questionnaire, annexé au livret d'accueil, destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; ce questionnaire rempli est remis à l'administration sous pli cacheté et sous forme anonyme si le malade le désire.

Le directeur communique périodiquement au conseil de surveillance à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement, le résultat de l'exploitation de ces documents.

Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les directeurs des agences régionales de santé.

### **3-3.7. Dossier médical (R. 1112-4)**

Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier médical du patient, cette communication ne peut intervenir qu'après accord écrit de celui-ci, ou de son représentant légal, ou des ayants droit en cas décès.

Il en est de même pour les dossiers établis par les services des consultations externes.

Les dossiers médicaux sont archivés et conservés selon les règles fixées par la législation en vigueur.

## **3-4. SECOURS D'URGENCE**

Dans les établissements où il existe un service d'urgence individualisé, le chef de ce service et le directeur de l'établissement dressent conjointement un plan d'accueil des malades ou blessés qui ont besoin de soins urgents.

L'accueil aux urgences se réalise dans le cadre d'un accueil :

- normal d'un ou plusieurs malades blessés ne nécessitant pas de mesures extraordinaires ;
- d'un nombre élevé de malades ou blessés, pour lequel des mesures particulières doivent être prises dans le cadre du plan « *afflux massif de victimes* » annexé au présent règlement, que le plan ORSEC soit déclenché ou non,;
- d'un nombre de malades ou blessés tels que ceux-ci ne peuvent pas recevoir dans l'établissement des soins complets, et qu'ils doivent être évacués vers d'autres établissements aptes à les accueillir.

### **3-5. DECES DES HOSPITALISES**

#### **3-5.1. Information des familles (R. 1112-68 à 69)**

Lorsque l'état d'un malade s'est aggravé et que l'on pressent l'imminence de la mort, ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants ; ils peuvent prendre leurs repas, à titre onéreux, dans l'établissement et y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent. Dans toute la mesure du possible, le malade est transféré avec la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle du service.

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

Le décès est confirmé par téléphone ou télégramme ou par la gendarmerie.

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil 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 a son domicile habituel ;
- pour les majeurs protégés, au représentant légal.

### 3-5.2. Déclaration du décès

Les décès sont attestés par le certificat prévu à l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales ([R. 1112-70](#)).

Ils sont inscrits sur un registre spécial, conformément à l'article 80 du code civil. Les déclarations sont transmises dans les 24 heures au bureau d'état civil ([R. 1112-71](#)).

La "déclaration d'enfant sans vie" est établie conformément aux dispositions de l'article 79-1 du code civil lorsqu'un enfant est sans vie au moment de l'accouchement. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement ([R. 1112-72](#)).

Dans le cas de signe ou d'indice de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le directeur, prévenu par le médecin chef de service, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du code civil ([R. 1112-73](#)).

### 3-5.3. Transport de corps à résidence sans mise en bière ([décret n° 2002-1065 du 5 août 2002](#))

Le transport, sans mise en bière, du corps d'une personne décédée dans l'établissement vers son domicile, la résidence d'un membre de sa famille ou une chambre funéraire doit être autorisé par le maire de la commune du lieu de dépôt du corps, sauf si le transport a lieu dans la même commune et ne peut avoir lieu qu'entre 8 h 00 et 20 h 00.

L'autorisation est subordonnée :

1. à la demande de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile ;
2. à la reconnaissance du corps par ladite personne ;
3. à l'accord écrit du directeur de l'établissement d'hospitalisation ;
4. à l'accord écrit du médecin hospitalier responsable du malade ;
5. à l'accomplissement préalable des formalités prescrites par le code civil relatives aux déclarations de décès.

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

- le décès soulève un problème médico-légal ;
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du ministre de la santé, après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France ;
- l'état du corps ne permet pas un tel transport.

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

Le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai maximum de 24 heures à compter du décès et la distance à parcourir ne doit pas être supérieure à 200 km, si le corps n'a pas subi de soins de conservation ; au cas où le corps a subi de tels soins, le transport doit être effectué et terminé dans un délai de 48 heures à compter du décès.

Les transports à résidence sont assurés par des véhicules agréés à cet effet.

### **3-5.4. Transfert à la chambre mortuaire**

Le règlement intérieur relatif au fonctionnement de la chambre mortuaire figure en annexe.

Les corps des malades décédés à l'hôpital transitent obligatoirement par la chambre mortuaire ; ils ne peuvent être transférés hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements. Le service procède à la toilette et à l'habillage du défunt dans la mesure où les vêtements sont disponibles. En dehors de ce cas, l'habillage est assuré par les opérateurs funéraires dans les locaux de la chambre mortuaire.

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire ; sinon la présentation est faite dans une salle spécialement aménagée à cet effet à la chambre mortuaire.

Le service dans lequel était hospitalisé le défunt dresse l'inventaire des biens (*objets, vêtements, bijoux, somme d'argent, papiers, clefs, etc...*) qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence d'un témoin et il porte la signature de deux agents du service. Les objets inventoriés sont ensuite remis à l'agent chargé des services économiques ; aucun de ces objets ne pouvant être remis directement par le personnel aux ayants droit du "de cuius" ou à ses amis, les espèces, valeurs, bijoux sont immédiatement versés à la caisse du receveur.

La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux, et de tous les objets laissés par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le code civil et par le code de la santé publique.

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène, et constat en est dûment dressé. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit qui ne peuvent exiger le remboursement desdits objets et effets ([R. 1112-74](#)).

Les conditions dans lesquelles les frais d'obsèques et d'inhumation et 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'Etat, soit par l'établissement ou la succession sont déterminées par les lois et règlements en vigueur.

Les visites des familles à la chambre mortuaire ont lieu tous les jours de 8 h à 20 h. Il peut être dérogé à ces horaires en cas de circonstances particulières (*décès récent, famille éloignée...*)

Un préposé aux services mortuaires ou un agent du service concerné est chargé d'accompagner les parents et amis du défunt.

### **3-5.5. Transport de corps à destination d'un établissement d'hospitalisation d'enseignement ou de recherche**

Le don de corps ne peut être accepté que si l'intéressé en a fait déclaration écrite en entier, datée, signée de sa main.

Cette déclaration peut contenir notamment l'indication de l'établissement auquel le corps doit être remis.

Une copie de cette déclaration est adressée à l'établissement auquel le corps est légué ; cet établissement délivre à l'intéressé une carte de donateur que celui-ci s'engage à porter en permanence.

L'exemplaire de la déclaration qui était détenu par le défunt est remis à l'officier d'état civil lors de la déclaration du décès.

Après décès, le transport est autorisé par le maire de la commune du lieu de décès. L'autorisation n'est accordée que sur production des certificats médicaux exigés par la législation en vigueur.

Le transport doit être effectué dans un délai maximum de dix-huit heures à compter du décès.

### **3-5.6. Don d'organe**

Le centre Hospitalier Jacques Boutard n'est pas autorisé à pratiquer le prélèvement d'organes à des fins thérapeutiques ou scientifiques sur des personnes décédées.

Au demeurant, le prélèvement peut être envisagé, sur un autre établissement, dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement.

Le refus aura pu être exprimé sur le registre de refus du don d'organe ou sur le registre national du refus.

Dans ce cas, le corps de la personne est transféré vers un établissement susceptible d'effectuer le prélèvement. Dans ce cas, les frais de transport et les frais de prélèvement sont à la charge de l'établissement de santé qui procède aux prélèvements.

Une fois le prélèvement effectué, le corps est restitué à la famille après avoir reçu les soins nécessaires.



### **3-5.7. Transport de corps après mise en bière**

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

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

Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise de pompes funèbres.

Lorsque dans un délai de dix jours maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'établissement fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, l'établissement applique les dispositions concernant les personnes dépourvues de ressources suffisantes ; s'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente ([R. 1112-75](#)).

### **3-6. CONSULTATIONS EXTERNES**

Le centre hospitalier Jacques Boutard assure des consultations et des soins sans hospitalisation dans la plupart des disciplines ou spécialités chirurgicales :

- alcoologie ;
- anesthésie ;
- apnée du sommeil
- cardiologie
- chirurgie polyvalente ;
- dermatologie ;
- échographie ;
- électroradiologie ;
- endocrinologie - diabétologie - nutrition ;
- gériatrie ;
- gynécologie-obstétrique ;
- hématologie ;
- holter – MAPA
- neuropsychologie
- neurologie
- nutrition
- odontologue ;
- ophtalmologie ;
- oto-rhino-laryngologie ;
- pneumologie ;
- préparation à l'accouchement ;
- psychiatrie
- rhumatologie ;
- tabacologie
- urologie.

Les rendez-vous sont pris du lundi au vendredi de 9 heures à 12 heures et de 13 heures à 17 heures auprès des secrétariats médicaux des services concernés.

### **3-7. TRAITEMENT AUTOMATISE DES INFORMATIONS NOMINATIVES**

Le centre hospitalier Jacques Boutard recourt à des traitements automatisés d'informations nominatives dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Pour chacun des traitements mis en œuvre, le droit d'accès et de rectification s'exerce dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Tous les traitements informatiques mis en œuvre dans l'établissement font l'objet d'une déclaration préalable à la CNIL.

Le centre hospitalier Jacques Boutard est autorisé à utiliser le numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques et à consulter ledit répertoire pour le recouvrement de ses créances auprès des assurés sociaux ou de leurs ayants droits soignés dans l'établissement et pour ses échanges avec les organismes et administrations chargés de la gestion d'un régime obligatoire de base de sécurité sociale, les organismes habilités par la loi ou par une convention à participer à la gestion de ces régimes, les mutuelles régies par le code de la mutualité, les entreprises régies par le code des assurances et les institutions régies par les titres II et III du livre IX du code de la sécurité sociale.

Pour le bon usage du traitement automatisé des informations, le centre hospitalier a élaboré une charte annexée au présent règlement intérieur.

## **CHAPITRE 4 : services d'hébergement et de soins pour personnes âgées dépendantes**

Le règlement intérieur de l'hôpital s'applique aux résidents des unités d'hébergement, sous réserve des dispositions particulières prévues au présent chapitre.

Le centre hospitalier Jacques Boutard gère deux services destinés à l'hébergement et aux soins des personnes âgées :

- une unité de soins de longue durée, rattachée au service de médecine, d'une capacité de 40 lits ;
- un EHPAD d'une capacité de 150 lits répartis en chambres individuelles et en chambres doubles implantés sur deux secteurs géographiques différents nécessitant une identification distincte :
  - o EHPAD sud (maison de retraite) ;
  - o EHPAD nord (ancien 42 lits de l'USLD basculés dans le champ médico-social après partition à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009)

Chacune des deux unités dispose d'un projet de vie et d'un projet de soins qui sont mis en œuvre par l'ensemble de l'équipe hospitalière.

Conformément aux dispositions des articles L. 311-6 et D. 311-3 à D 311-32-1 du code de l'action sociale et des familles, le Conseil d'administration a, par délibération, institué un conseil de la vie sociale qui fonctionne au sein de ces structures d'hébergement.

## **4-1. CONSEIL DE LA VIE SOCIALE**

Deux conseils de la vie sociale coexistent au sein de l'établissement :

- ✓ Un conseil de la vie sociale de l'EHPAD sud ;
- ✓ Un conseil de la vie sociale de l'unité de soins de longue durée et de l'EHPAD nord ;

Cette organisation est mise en place afin de permettre aux résidents d'exprimer pleinement leurs attentes qui diffèrent d'une structure d'hébergement à l'autre, compte tenu de la spécificité de la prise en charge des résidents.

### **4-1.1. Composition**

**4-1.1.1 Le conseil de la vie sociale de l'EHPAD sud est composé comme suit :**

1° quatre titulaires et quatre suppléants représentant les personnes accueillies ;

2° deux titulaires et deux suppléants représentant les familles et les représentants légaux des personnes accueillies comme suit :

- un titulaire et un suppléant représentant les familles des personnes accueillies ;
- un titulaire et un suppléant des représentants légaux des personnes accueillies ;

3° un représentant du personnel et son suppléant ;

4° un représentant de l'organisme gestionnaire et son suppléant.

- assistent également, avec voix consultative :

5° le directeur ou son représentant ;

6° le ou les collaborateurs de son choix ;

7° un représentant élu de la ville de Saint-Yrieix-la-Perche peut être invité par le conseil de la vie sociale à assister aux débats.

Les modalités de désignation sont fixées au 4-1.5.

**4-1.1.2. Le conseil de la vie sociale de l'EHPAD nord et du service de soins de longue durée est composé comme suit :**

1° deux titulaires et deux suppléants représentant les personnes accueillies ;

2° deux titulaires et deux suppléants représentant les familles et les représentants légaux des personnes accueillies comme suit :

- un titulaire et un suppléant représentant les familles des personnes accueillies ;

- un titulaire et un suppléant des représentants légaux des personnes accueillies ;

3° un représentant du personnel et son suppléant ;

4° un représentant de l'organisme gestionnaire et son suppléant.

- assistent également, avec voix consultative :

5° le directeur ou son représentant ;

6° le ou les collaborateurs de son choix ;

7° un représentant élu de la ville de Saint-Yrieix-la-Perche peut être invité par le conseil de la vie sociale à assister aux débats.

Les modalités de désignation sont fixées au 4-1.5.

#### **4-1.2. Attributions**

Le conseil de la vie sociale est obligatoirement consulté sur l'élaboration ou la modification du règlement intérieur et du projet d'établissement ou de service.

Il donne son avis et peut faire des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur :

- l'organisation intérieure et la vie quotidienne ;
- les activités, les animations socioculturelles et les services thérapeutiques ;
- les 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 en cas de travaux ou de fermeture ;
- l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

#### **4-1.3. Durée des fonctions**

Les membres du conseil de la vie sociale sont élus pour une durée de trois ans renouvelable.

Lorsqu'un membre cesse sa fonction en cours de mandat, notamment en raison de la fin de la prise en charge dont il était bénéficiaire, il est remplacé par son suppléant ou un autre bénéficiaire élu ou désigné dans les mêmes formes qui devient titulaire du mandat. Il est ensuite procédé à la désignation d'un autre suppléant pour la durée restante du mandat.

Tout membre élu ou désigné qui s'abstiendrait d'assister aux séances plus de trois fois consécutives sera remplacé d'office par son suppléant.

#### **4-1.4. Président et vice-président**

Le président du conseil est élu au scrutin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentant les personnes accueillies ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les familles ou les représentants légaux. En cas de partage égal des voix, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Le président suppléant est élu selon les mêmes modalités parmi les membres représentant soit les personnes accueillies, soit les familles ou les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou les représentants légaux.

#### **4-1.5. Désignation des membres**

Les représentants des personnes accueillies et les représentants des familles ou des représentants légaux sont élus par vote à bulletin secret à la majorité des votants respectivement par l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge et par l'ensemble des familles ou des représentants légaux

Les suppléants sont élus dans les mêmes conditions.

Sont élus le ou les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix. A égalité de voix, il est procédé par tirage au sort entre les intéressés.

Peuvent faire acte de candidature au titre :

- des représentants des personnes accueillies :
  - toute personne résidente dans l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD nord) et dans l'unité de soins de longue durée, pour le conseil de la vie sociale de l'unité de soins de longue durée et de l'EHPAD nord ;
  - toute personne résidente dans l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD sud) pour le conseil de la vie sociale de l'EHPAD sud ;
- des représentants des familles, toute personne disposant d'un lien de parenté jusqu'au quatrième degré inclus avec une personne accueillie ;
- de représentant des représentants légaux, toute personne agissant pour le compte d'une personne accueillie en application d'un texte ou au titre d'une décision de justice.

Le siège du représentant du personnel et de son suppléant est attribué dans les conditions fixées pour la représentation aux commissions administratives paritaires compétentes sans qu'il y ait lieu de procéder à de nouvelles élections. Le mandat des personnels siégeant au conseil de la vie sociale cesse à l'expiration de leur mandat tel que défini par l'article D. 311-13 du code de l'action sociale et des familles.

Le représentant de l'organisme gestionnaire et son suppléant sont désignés par le conseil de surveillance en son sein.

Aucun membre ne peut siéger au conseil de la vie sociale à plus d'un titre.

Le directeur arrête, par décision, la liste nominative des membres composant le conseil de la vie sociale.

#### **4-1.6. Réunions et convocation des membres**

Le conseil de la vie sociale se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président.

La date de réunion doit être communiquée aux membres quinze jours avant la tenue de la séance.

Il est réuni, en outre, de plein droit à la demande soit des deux tiers de ses membres, ou du directeur de l'établissement.

#### **4-1.7. Ordre du jour**

L'ordre du jour est fixé par le président ou en cas d'empêchement, par le vice-président.

Sauf cas d'urgence, l'ordre du jour est adressé au moins quinze jours à l'avance aux membres du conseil, avec, le cas échéant, toutes les informations nécessaires à sa compréhension.

#### **4-1.8. Validité des délibérations**

Le conseil de la vie sociale délibère sur les questions inscrites à l'ordre du jour, à la majorité de ses membres présents, ayant voix délibérative.

Les avis ne sont valablement émis que si le nombre de représentants des personnes accueillies, des représentants des familles et des représentants des représentants légaux présents est supérieur à la moitié des membres.

Dans le cas contraire l'examen de la question est renvoyé à une séance ultérieure. Si lors de cette séance, ce nombre n'est pas atteint, la délibération est prise à la majorité des membres présents ayant voix délibérative.

#### **4-1.9. Secrétariat et relevé des conclusions**

##### **4-1.9.1 Envoi des convocations**

Le directeur fait assurer le secrétariat.

L'envoi des convocations est assuré par le secrétariat.

##### **4-1.9.2 Procès-verbal des débats**

Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accueillies ou prises en charge ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les représentants des familles ou représentants légaux, assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement.



Il est signé par le président.

Il est transmis en même temps que l'ordre du jour de la prochaine séance en vue de son adoption par le conseil.

Il est ensuite transmis à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire.

Les informations nominatives échangées lors des débats restent confidentielles.

#### **4-1.10. Obligation d'information de l'administration envers le conseil**

Le directeur ou son représentant tient régulièrement informé le conseil de la vie sociale, lors des séances ultérieures, des suites réservées aux avis ou propositions qu'il a pu émettre.

#### **4-1.11. Consultations**

Le conseil de la vie sociale peut entendre toute personne qualifiée, appartenant ou non à l'établissement, sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

#### **4-1.12. Respect du principe de discrétion professionnelle**

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du conseil de la vie sociale sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et des documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

### **4-2. GARANTIE DE L'EXERCICE DES DROITS DES RESIDENTS**

#### **4-2.1 Valeurs fondamentales**

L'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte des droits et libertés de la personne accueillie. La charte est affichée dans l'établissement et se trouve dans le livret d'accueil remis au résident au moment de son admission.

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toutes les personnes prises en charge par l'E.H.P.A.D. du centre hospitalier Jacques Boutard.

L'établissement assure aux résidents :

- le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- le libre choix entre les prestations qui lui sont offertes dans le cadre de l'institution ;
- la liberté de circulation à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement, dans le respect de la sécurité des patients ;
- une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie, 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. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

- 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.

Tout fait de violence sur autrui sera susceptible d'entraîner des procédures administratives et judiciaires à l'encontre des auteurs de ces actes.

#### **4-2.2 Sécurité des personnes**

L'établissement s'attache à promouvoir le libre choix du résident notamment dans l'exercice de sa liberté d'aller et venir.

La liberté d'aller et venir est une composante de la liberté individuelle et elle est inhérente à la personne humaine. Celle-ci ne s'entend pas seulement comme la liberté du résident dans ses déplacements à l'intérieur de l'établissement, mais aussi comme la possibilité pour lui de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'il a choisi.

L'établissement met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour offrir au résident le meilleur niveau de sécurité possible, dans la limite de l'exercice de sa liberté. Toute restriction de la liberté d'aller et venir doit être envisagée de manière individuelle en évaluant et réévaluant régulièrement la situation du résident.

La contention est exceptionnelle et se fait toujours sur prescription médicale.

#### **4-3. AIDE DANS LES DEMARCHES** ([article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles](#))

Chaque résident, ou son représentant légal, peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur la liste départementale établie par le représentant de l'Etat dans le département et le président du conseil général.

Cette organisation complète l'organisation interne de l'établissement qui propose aux résidents une aide dans la réalisation de leurs démarches aux fins de faire valoir leurs droits.

#### **4-4. INTERDICTION DE FUMER** ([délibération n°2007-01 du 26 janvier 2007](#))

Il est strictement interdit de fumer, sous peine d'amendes, dans l'ensemble des locaux à usage collectif des services d'hébergement et de soins des personnes âgées dépendantes du centre hospitalier Jacques BOUTARD.

En revanche, la chambre du résident étant assimilée à un espace privatif, les résidents sont autorisés à fumer dans leur chambre sous réserve de respecter les règles de sécurité et de vie en collectivité suivantes :

- le résident devra prendre toutes les précautions nécessaires afin de ne pas gêner les autres résidents et le personnel de l'établissement ;
- il est **strictement interdit au résident de fumer dans son lit** ;
- le résident devra prévenir, sans délai, les personnels de l'établissement de tout incident survenu lorsqu'il s'adonne à la pratique du tabac (*départ de feu...*) ;
- dans le cas où, dans la même chambre, un seul des occupants ne serait pas consommateur de tabac, aucune autorisation ne pourra être accordée à l'autre occupant.

Dans ces conditions et dans la mesure du possible, les résidents consommateurs de tabacs seront regroupés dans les mêmes chambres.

#### **4-5. E.H.P.A.D. Sud**

##### **4-5.1. Conditions d'admission**

Les résidents sont admis :

- à titre payant ;
- au compte de l'aide sociale.

##### **4-5.1.1. Personnes admissibles**

La maison de retraite peut accueillir :

- tout homme et toute femme de plus de 60 ans s'il (*si elle*) présente un handicap ;
- tout homme et toute femme de plus de 65 ans ;
- tout homme et toute femme de moins de 60 ans, s'il (*si elle*) bénéficie d'une dérogation d'âge accordée par les autorités compétentes.

Les couples déclarés disposent d'une chambre réservée à cet effet.

Pour ces catégories, toute personne est soit autonome, soit dépendante.

La catégorie d'appartenance est évaluée par la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR) ([décret du 28 avril 1997](#)), appliquée dans tous les établissements pour personnes âgées, conformément aux textes d'application relatifs à la réforme de la tarification.

#### **4-5.1.2. Formalités et démarches administratives**

L'admission se fait sur demande écrite du futur résident ou de sa famille, accompagnée d'une fiche de renseignements.

La décision d'admission est prise par le directeur de l'établissement, après consultation et avis du médecin coordonnateur de la maison de retraite.

L'avis du médecin coordonnateur est donné après consultation, s'il est produit, du certificat médical du médecin traitant du résident ou des médecins du dernier établissement fréquenté.

L'établissement admet en priorité les personnes âgées de la commune de Saint-Yrieix-la-Perche et des autres communes de l'arrondissement, puis celles des proches communes des départements limitrophes et des autres communes de la Haute-Vienne, enfin celles rattachées à la région Limousin.

A l'appui de sa demande d'admission, le résident doit compléter le dossier qui lui est remis lors de son inscription. Ce dossier comporte à la fois des informations administratives et médicales.

Avant toute admission, le résident est invité à visiter la maison de retraite accompagné des personnes de son choix.

Lors de son admission le résident signe un contrat de séjour ou, en cas de refus de signature, il lui est remis un document individuel de prise en charge qui précise les droits et obligations réciproques du résident, de sa famille et de l'établissement.

Si l'évaluation de la dépendance du futur résident n'a pas été réalisée avant l'admission, l'évaluation est faite dès l'admission par l'équipe médico-sociale.

Au terme de l'évaluation qui se réfère à la grille AGGIR, il est attribué au résident un classement dans un groupe iso-ressources (*GIR*) qui varie de 1 à 6.

Le tarif "dépendance" est calculé en fonction du groupe iso-ressources dont relève le résident.

L'évaluation est révisée annuellement.

Pour les bénéficiaires de l'aide sociale, la prise en charge est délivrée par les services compétents du département du lieu du domicile.

L'hébergement intervient sans condition de durée, sauf pour l'hébergement temporaire où la durée maximum est fixée à trois semaines.

#### **4-5.2. Frais de séjour**

Les différents tarifs en vigueur dans l'établissement (*tarif hébergement, tarifs dépendance, tarifs soins*) sont publiés par voie d'affichage.

Les résidents payants (*ou famille substituée*) acquittent les frais de séjour mensuellement et à terme échu, sauf dérogation accordée par le directeur. Ils s'engagent lors de leur admission (*ou leurs obligés alimentaires*) sur le paiement régulier des frais laissés à leur charge.

Les frais de séjour sont dus à compter du jour de l'arrivée, quelle que soit l'heure de l'entrée mais le jour de départ ne compte pas.

Concernant l'hébergement temporaire, le résident doit acquitter d'avance, le jour de son entrée, l'intégralité des frais de séjour.

Tout bénéficiaire de l'aide sociale déposera, préalablement à son entrée, ses titres de pension et de rente entre les mains du comptable de l'établissement ou au bureau des entrées, il pourra donner à celui-ci tous pouvoirs nécessaires à l'encaissement, en ses lieux et place, desdits revenus.

Les bénéficiaires de l'aide sociale conservent la disposition d'un minimum garanti de leurs revenus, après paiement des prestations à leur charge. Ce montant, réévalué chaque année, est fixé par voie réglementaire.

Les résidents sont tenus d'acquitter la totalité du tarif d'hébergement et du tarif dépendance fixés chaque année par le président du Conseil général après délibération du conseil d'administration de l'établissement, déduction faite d'une somme équivalente au montant du forfait journalier, pour chaque journée d'absence à concurrence d'une durée totale de cinq semaines calculée sur l'année civile en cas d'hospitalisation. Au-delà de ces durées, les résidents sont tenus au paiement de la totalité du tarif.

Les résidents peuvent bénéficier d'une allocation logement qui vient en déduction du tarif hébergement.

Les résidents peuvent demander à bénéficier d'une allocation personnalisée d'autonomie dont le montant viendra en déduction du tarif dépendance.

Dans le cas où les tarifs n'ont pas été notifiés à l'établissement avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice auquel ils se rapportent, les frais de séjour sont facturés et perçus au tarif de l'année écoulée.

Dans la mesure, où les tarifs journaliers sont fixés après le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice en cause, les nouveaux tarifs dont la date d'effet est précisée dans l'arrêté tarifaire sont calculés en prenant en compte, en application du précédent alinéa, les produits encaissés et à encaisser entre le 1<sup>er</sup> janvier et ladite date d'effet ([R. 314-35 du code de l'action sociale et des familles](#)).

#### **4-5.3. Fin de séjour**

La fin du séjour est décidée par :

- le résident ;
- le directeur de l'établissement pour manquements répétés au règlement intérieur.

Lorsqu'un décès survient dans un couple de résidents, le conjoint devra accepter la chambre qui lui sera attribuée.

#### **4-5.4. Professionnels de santé**

#### **4-5.4.1. Professionnels de santé exerçant à titre libéral** (*décret du 26 avril 1999 modifié*)

En cas de besoin, le résident fait appel à l'un des praticiens attachés à l'établissement.

Le résident conserve le droit de faire appel à un autre médecin traitant, dans ce cas, il doit payer directement le tarif de la visite sans possibilité d'obtenir le remboursement par les organismes d'assurance maladie.

Les soins paramédicaux sont assurés par des professionnels de santé rémunérés directement par l'établissement.

L'établissement ne prend pas en charge les prestations non prises en compte dans le tarif journalier afférent aux soins (*article 10 décret du 26 avril 1999 modifié, annexe n°3*) et notamment les honoraires des médecins spécialistes, les examens médicaux nécessitant un équipement médical lourd, les transports sanitaires...

Pour les prestations non comprises dans le tarif journalier afférent aux soins, le résident adresse la demande de prise en charge à son organisme d'assurance maladie et, le cas échéant, à sa mutuelle pour le complément restant à sa charge.

#### **4-5.4.2. Personnel médical attaché à l'établissement**

Les praticiens attachés à l'établissement assurent une visite régulière. Ils ont pour fonctions :

- d'examiner l'état de santé des personnes sollicitant leur admission ;
- de prodiguer les soins médicaux courants aux personnes admises ;
- de se prononcer sur l'orientation du résident vers une structure adaptée à son état de santé lors de l'impossibilité du maintien à la maison de retraite ;
- de prescrire un régime alimentaire destiné aux résidents dont l'état de santé le nécessite ;
- d'organiser la surveillance médicale systématique des résidents et de constituer un dossier médical qui sera régulièrement tenu à jour.

#### **4-5.4.3. Médecin coordonnateur**

Le médecin coordonnateur est désigné par le directeur de l'établissement. Il met en œuvre le projet de soins avec le concours de l'équipe soignante.

Le médecin coordonnateur assure au mieux la coordination avec les prestataires de soins externes à l'établissement (*professionnels de santé libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique, services de soins infirmiers à domicile etc.*).

Le médecin coordonnateur organise la permanence des soins. Il s'assure, en liaison avec le directeur, qu'il existe une réponse aux besoins médicaux des résidents, notamment la nuit et les fins de semaine.

Il donne son avis sur les admissions quant à l'adéquation entre l'état de santé de la personne à accueillir et les capacités de prise en charge de l'institution.

Le médecin coordonnateur s'assure de la bonne tenue du dossier médical de chaque résident. Il participe à l'élaboration du dossier de soins en collaboration avec l'équipe infirmière.

Le médecin coordonnateur élabore avec le pharmacien de l'établissement la liste type des médicaments pour l'institution.

#### **4-5.5. Travail**

Il n'y a pas de travail organisé pour les résidents qui conservent leur libre disposition de leur temps libre dans le respect des règles fixées par le règlement intérieur.

Toutefois, ceux qui désirent s'occuper soit au jardinage, soit à des tâches ménagères, soit aux ateliers, peuvent en faire la demande à la direction.

#### **4-5.6. Animation**

Une animatrice fait partie de l'équipe pluridisciplinaire de l'institution. En liaison avec l'ensemble des professionnels et sous l'autorité des cadres infirmiers, elle organise des activités et des sorties dont le programme est affiché dans les locaux communs.

L'animatrice est à la disposition des résidents pour proposer des activités nouvelles.

#### **4-5.7. Coiffure - Esthétique**

Un salon de coiffure est à la disposition des résidents. Les rendez-vous sont pris auprès du cadre de santé du service.

#### **4-5.8. Restauration**

Le régime alimentaire commun est déterminé selon les principes de la diététique adaptés aux personnes âgées. Sous le contrôle d'une diététicienne, les cuisines préparent les régimes alimentaires particuliers prescrits par le médecin.

Les repas sont servis à la salle à manger et ne peuvent être pris en chambre que si l'état de santé des résidents l'exige et sur décision du médecin ou de l'infirmière. Pour le bon fonctionnement du service, les résidents sont invités à respecter les horaires :

- petit déjeuner            8 h 00 ;
- déjeuner                    12 h 00 ;
- dîner                         18 h 00.

Des boissons sont servies dans les chambres à 10 h 00 et 16 h 00.

Les menus sont affichés dans les salles à manger.

#### **4-5.9. Dispositions particulières** (délibération du 28 novembre 2002)

Il est interdit :

- aux résidents et aux visiteurs comme au personnel d'introduire dans l'établissement des boissons alcoolisées ;
- aux résidents d'introduire dans l'établissement des animaux tels que chiens, chats, etc... et de suspendre quoi que ce soit aux fenêtres et balcons.

La fixation aux murs de tableaux, glaces, etc... est tolérée à condition que le travail soit effectué (*gratuitement*) par l'ouvrier d'entretien de l'établissement.

Chaque chambre possède un cabinet de toilette et des WC particuliers. Le résident doit veiller au bon fonctionnement des appareils et signaler immédiatement toute anomalie au personnel du service.

Par mesure de sécurité, l'usage des réchauds, couvertures chauffantes, chauffeuses et fers à repasser (*d'une manière générale, tout appareil électrique*) n'est pas admis dans les chambres, sauf autorisation exceptionnelle accordée par l'administration.

Toutes les chambres sont aménagées et meublées par l'établissement. En application des dispositions relatives à la sécurité incendie dans les établissements recevant du public, le mobilier personnel des résidents n'est pas admis. Toutefois, le résident est autorisé à apporter dans sa chambre des bibelots personnels (*petits objets décoratifs*).

Les résidents pourront à titre onéreux, utiliser le téléphone public mis à leur disposition ou disposer d'une ligne téléphonique particulière installée à leur demande.

Le forfait d'ouverture d'une ligne et les communications sont à la charge du résident.

Le responsable de la maison de retraite conservera un double de la clé de chaque chambre pour y pénétrer en cas de nécessité (*urgence, maladie, incident...*).

#### **4-5.10. Dispositions diverses**

##### **4-5.10.1. Sorties - Visites**

Chacun peut aller et venir librement. En cas d'absence, au moment d'un repas, durant la nuit ou lorsque le retour est prévu après 20 h 00, le résident en informe le personnel.

Les résidents peuvent recevoir des visites, soit dans les locaux communs, soit dans leur chambre, à condition de ne gêner ni le service ni les autres résidents.

##### **4-5.10.2. Linge**

Le linge de maison est fourni et entretenu par l'établissement. Les vêtements personnels des résidents peuvent être blanchis par l'hôpital à condition qu'ils soient



marqués (*nom entier, prénom et service*) ou entretenus à l'extérieur aux frais des intéressés.

#### **4-5.11. Biens, valeurs, objets personnels des résidents**

##### **4-5.11.1. Inventaire et dépôt des biens, valeurs, objets personnels**

Toute personne hébergée dans l'établissement est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement.

Le dépôt s'effectue auprès du régisseur de dépôt de l'établissement.

La responsabilité de l'établissement à l'égard des biens des personnes accueillies s'exerce selon les conditions fixées aux articles L 1113-1 à L 1113-10 du code de la santé publique.

##### **4-5.11.2. Restitution des inventaires**

Lors de sa sortie définitive de l'établissement, il est remis au résident, à l'occasion des formalités de sorties, un document l'invitant à procéder au retrait des objets déposés.

En cas du décès du résident, un document est remis à ses héritiers, les invitant à procéder au retrait des objets déposés.

Tous les objets « abandonnés », c'est-à-dire les objets qui n'ont pas été déposés pendant le séjour du résident, sont déposés à sa sortie ou en cas de décès. La personne hébergée, son représentant légal, sa famille ou ses proches, en sont avisés.

Les objets non réclamés sont remis par l'établissement un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières, ou pour les autres biens mobiliers, à l'administration chargée des domaines aux fins d'être mis en vente.

L'administration chargée des domaines peut refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement qui en assure la vente, ou l'affectation le cas échéant (destruction ou don).

#### **4-6. ACCUEIL TEMPORAIRE AVEC HEBERGEMENT**

Cette unité est rattachée au secteur maison de retraite.

Les dispositions du présent règlement intérieur s'appliquent à l'accueil temporaire avec hébergement sous réserve des dispositions particulières ci-après.

Par dérogation au dernier alinéa de l'article 4-5.1.2, « *Formalités et démarches administratives* », l'accueil temporaire avec hébergement ne peut excéder une durée totale de trois mois pour un même séjour.

Par dérogation au 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article 4-5.2. « *Frais de séjour* », les frais de séjour sont payables d'avance. Ce paiement d'avance couvre la période initiale du contrat.

Si le résident bénéficie d'une aide et en demande le versement direct à l'établissement, il n'a à s'acquitter que du montant des frais non couverts par l'aide à condition de fournir tout justificatif correspondant.

L'établissement peut fournir un téléviseur contre paiement d'une redevance, de mise à disposition, dont le montant est fixé par délibération du conseil d'administration et décision du directeur de l'établissement.

Quelque soit la durée du séjour, un forfait est applicable correspondant à 5 jours d'hospitalisation ou d'hébergement. La redevance est payable d'avance et non remboursable.

Au-delà des 5 premiers jours, une redevance dégressive est appliquée correspondant à deux périodes :

- du 6<sup>ème</sup> au 30<sup>ème</sup> jour,
- au-delà du 31<sup>ème</sup> jour.

Cette redevance complémentaire sera perçue à la sortie.

Par dérogation à l'article 4-5.3 « *Fin de séjour* », le séjour du résident prend fin au terme du contrat ou de la dernière période de renouvellement.

Le retour à domicile est organisé selon la procédure annexée au contrat de séjour remis au résident à son entrée. Ce contrat de séjour est spécifique à l'accueil temporaire avec hébergement. Il décrit les prestations proposées et les droits du résident.

#### **4-7. EHPAD NORD**

L'ensemble des dispositions des chapitres du présent règlement intérieur s'applique à l'EHPAD nord, à l'exclusion des dispositions de l'article « 4-4.6.1 Professionnels de santé exerçant à titre libéral » sous réserve des dispositions particulières ci-après qui y dérogent.

L'EHPAD nord du centre hospitalier Jacques Boutard est rattachée au service médecine, ainsi les deux unités forment une structure unique placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier chef de service.

Les équipes médicales et para-médicales qui interviennent auprès des résidents sont toutes attachées à l'établissement et rémunérés directement par ses soins.

L'activité médicale est exercée par des praticiens hospitaliers sous l'autorité d'un chef de service.

Les résidents ont à leur charge le tarif hébergement et le tarif dépendance calculé en fonction de leur groupe iso-ressources, comme mentionné supra.

Toutefois, l'établissement ne prend pas en charge les prestations non prises en charge dans le tarif journalier afférent aux soins (article 10 décret du 26 avril 1999 modifié, annexe n°3) et notamment les honoraires de s médecins spécialistes, les examens médicaux nécessitant un équipement médical lourd, les transports sanitaires...

Pour les prestations non comprises dans le tarif journalier afférent aux soins, le résident adresse la demande de prise en charge à son organisme d'assurance maladie et, le cas échéant, à sa mutuelle pour le complément restant à sa charge.

#### **4-8. UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE**

L'ensemble des dispositions des chapitres du présent règlement intérieur s'applique en unité de soins de longue durée, à l'exclusion des dispositions de l'article « 4-4.6.1 *Professionnels de santé exerçant à titre libéral* » sous réserve des dispositions particulières ci-après qui y dérogent.

L'unité de soins de longue durée du centre hospitalier Jacques Boutard est rattachée au service médecine, ainsi les deux unités forment une structure unique placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier chef de service.

Les équipes médicales et para-médicales qui interviennent auprès des résidents sont toutes attachées à l'établissement et rémunérés directement par ses soins.

L'activité médicale est exercée par des praticiens hospitaliers sous l'autorité d'un chef de service.

Les résidents ont à leur charge le tarif hébergement et le tarif dépendance calculé en fonction de leur groupe iso-ressources, comme mentionné supra.

Toutefois, l'établissement ne prend pas en charge les prestations non prises en charge dans le tarif journalier afférent aux soins ([article 10 décret du 26 avril 1999 modifié, annexe n°3](#)) et notamment les honoraires des médecins spécialistes, les examens médicaux nécessitant un équipement médical lourd, les transports sanitaires...

Pour les prestations non comprises dans le tarif journalier afférent aux soins, le résident adresse la demande de prise en charge à son organisme d'assurance maladie et, le cas échéant, à sa mutuelle pour le complément restant à sa charge.

## **CHAPITRE 5- dispositions relatives au personnel**

## **5-1. PRINCIPES JURIDIQUES COMMUNS**

### **5-1.1. Principes généraux d'organisation**

Selon l'article L. 6143-7 du code de la santé publique : " il 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 ".

### **5-1.2. Principales obligations professionnelles (rappel)**

La continuité des soins, de la surveillance et des prestations est un principe général de fonctionnement et d'organisation du service public hospitalier. En toute circonstance, les membres du personnel hospitalier, quelles que soient leurs fonctions, doivent tout mettre en œuvre pour satisfaire à cet impératif qui constitue une des garanties fondamentales auxquelles les usagers peuvent prétendre.

Aucun agent ne peut se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification d'horaire si les nécessités de service l'imposent.

L'assiduité et la ponctualité du personnel sont l'une des conditions essentielles du bon fonctionnement du service public hospitalier. Ainsi, nul ne peut quitter son poste de travail sans une autorisation du responsable de service ou de l'administration.

Les agents ne peuvent partir en congés annuels sans l'accord préalable et écrit de l'administration.

Une tenue correcte est exigée de l'ensemble du personnel qui doit s'interdire toute familiarité à l'égard des malades et des visiteurs.

L'identification du personnel est instituée en vue d'améliorer l'information des usagers et de concourir à la sécurité de tous en particulier lors de toute communication téléphonique, le personnel doit décliner son identité et préciser les fonctions qu'il exerce.

Le personnel a l'obligation d'informer sans délai l'administration, éventuellement la voie hiérarchique des incidents ou des difficultés dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Les personnels hospitaliers consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative. Les conditions dans lesquelles il peut être dérogé à cette obligation sont fixées par voie réglementaire. Par ailleurs, ils ne peuvent prendre par eux-mêmes ou par personnes interposées dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration ou en relation, avec cette dernière, des intérêts de nature à compromettre leur indépendance.

Les agents ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public. Tous sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles fixées par la législation

en vigueur. Ils doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Ainsi, toute communication à des personnes étrangères, notamment des journalistes, des agents d'assurance ou des démarcheurs est rigoureusement interdite.

En dehors des cas expressément prévus par la législation, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les agents ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité administrative.

En l'absence d'opposition des malades, les indications d'ordre médical, telles que diagnostic et évolution de la maladie, ne peuvent être données que par les médecins, dans les conditions définies par le code de déontologie médicale intégré au code de la santé publique et la législation hospitalière ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par le cadre de santé.

Les familles sont accueillies et informées avec tact et ménagement en toute circonstance. En dehors des cas d'urgence, elles sont avisées préalablement et au besoin, par téléphone, des décisions importantes concernant les usagers (*changement de service, intervention chirurgicale, transfert dans un autre établissement, sortie...*).

Il est fait interdiction absolue aux personnels de recevoir, à l'occasion de leurs fonctions, des cadeaux, pourboires ou gratifications de toute nature.

Aucun agent de l'hôpital ne doit conserver en dépôt des sommes d'argent ou des objets de valeur appartenant à des usagers. Ces dépôts doivent être effectués sans délai dans le coffre fort du bureau des admissions.

Le personnel 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. En cas de dégradation due à un acte volontaire ou à une faute lourde, l'établissement se réserve le droit de réclamer la réparation intégrale des dommages.

La consommation d'alcool est formellement proscrite à l'intérieur de l'établissement.

Il est strictement interdit de fumer, sous peine d'amendes, dans l'ensemble des locaux de l'établissement de santé qui n'est pas autorisé à aménager des espaces fumeurs en application des dispositions des articles L. 3511-7, R. 3511-1 et du dernier alinéa de l'article R. 3511-2 du code de la santé publique n([Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 : date d'application de la dispositions 1<sup>er</sup> février 2007](#)).

Le personnel s'efforce d'assurer le maximum de confort physique et moral aux usagers. Il doit contribuer à la lutte contre le bruit et ne tenir pendant le service aucun propos de nature à troubler le climat de sérénité et de calme.

Le personnel doit veiller à tenir les usagers et les familles à l'écart des éventuels conflits ou revendications d'ordre professionnel et à ne les soumettre à aucune propagande ou pression d'aucune sorte.

Le personnel doit respecter la liberté de conscience des usagers et faciliter à ceux qui en font la demande, l'exercice de leur culte.

Dans tous les cas où les usagers ont la possibilité de faire appel à des professionnels du secteur privé, leur libre choix doit être préservé.

Les journalistes photographes, démarcheurs et agents d'affaires qui pénètrent sans autorisation dans les chambres et les services dans l'intention d'y exercer leur activité, doivent être immédiatement exclus.

### **5-1.3. Tenues professionnelles**

Le centre hospitalier doit gérer le risque infectieux afin d'offrir aux usagers les meilleures conditions d'hygiène et de protection possibles. Pour ce faire, des règles d'hygiène et de protection doivent être strictement respectées par les agents. Elles passent notamment par la mise à disposition par l'établissement de tenues professionnelles adaptées aux missions des différents intervenants.

Les agents doivent avoir une présentation et une tenue neutre et bienveillante sans signe ostentatoire.

Dans ce cadre, les agents doivent se conformer aux règles suivantes :

- l'hygiène corporelle est parfaite ;
- les cheveux sont propres, courts, ou attachés et relevés s'ils sont longs ;
- les ongles sont courts, propres et sans vernis. Les faux ongles sont proscrits ;
- les bijoux aux mains et aux avants bras sont interdits ;
- les boucles d'oreilles doivent être d'une taille raisonnable et ne pas constituer un support favorable pour les germes ;
- les effets personnels sous la tenue sont interdits (*foulard, vêtements à manches longues ou à col*) et rien ne doit dépasser de la tenue professionnelle.

La tenue professionnelle est fournie et entretenue par le centre hospitalier et se compose des éléments suivants :

- Pour les personnels non médicaux de l'établissement :
  - o Un pantalon ;
  - o Une tunique à manche courte avec un badge thermocollé au nom et fonction de l'agent.
- Pour le personnel médical et pour les professionnels de santé extérieurs (médecins de ville, kinésithérapeutes, psychologue, neuropsychologue...)
  - o Une blouse.

Cette tenue doit être changée autant que de besoin et chaque fois que cela est nécessaire.

Tout objet supplémentaire sur la tenue doit faire l'objet d'un entretien quotidien (*badge, montre-broche...*).

Le personnel paramédical doit se doter de chaussures exclusivement réservées à l'activité professionnelle. Elles doivent être silencieuses facilement nettoyables et maintenues propres.

Pour se rendre au self, l'agent doit revêtir sa tenue de ville.

#### 5-1.4. Exercice des droits statutaires

Les modalités d'exercice des droits à congés sont fixées par le directeur qui arrête notamment à cet effet, les tableaux de congés annuels et les tableaux de service.

En dehors des personnels de direction qui bénéficient par nécessité de service, comme dans tous les hôpitaux publics depuis le décret du 17 avril 1943 (*article 89*), du logement à titre gratuit et des prestations accessoires, le directeur pourra le cas échéant mettre à la disposition du personnel, par utilité de service, un logement contre le versement d'un loyer fixé chaque année par le directeur en fonction de la valeur locative brute majorée des charges locatives.

Les agents peuvent utiliser leur véhicule personnel pour répondre à des nécessités de service :

1- sur autorisation expresse de l'administration ;

2- en cas d'urgence et d'impossibilité d'obtenir l'autorisation prévue au 1 ci-dessus dans les délais compatibles avec les nécessités de la mission.

A ces conditions, l'hôpital apporte sa garantie pour la part des dommages résultant de ces déplacements non pris en charge par l'assurance automobile obligatoire garantissant la responsabilité de l'agent et celle de son employeur à l'égard des tiers.

#### 5-1.5. Autorisations spéciales d'absence pour événements familiaux (*délibérations du 24 janvier 2002 et du 25 mai 2007*)

En application de l'article 45-6 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, les personnels hospitaliers peuvent bénéficier, sous réserve des nécessités de service, d'autorisations spéciales d'absence pour événements familiaux. Ces absences n'entrent pas en compte dans le calcul des congés annuels.

Au centre hospitalier Jacques Boutard, les autorisations spéciales d'absence pour événements familiaux sont définies comme suit :

mariage de l'agent	5 jours ouvrables
pacte civil de solidarité	5 jours ouvrables
naissance d'un enfant ( <i>accordés au père</i> )	3 jours ouvrables
décès ou maladie très grave du conjoint ou du concubin, des père, mère et enfants	3 jours ouvrables
mariage d'un enfant	1 jour ouvrable
décès d'un parent ou allié en ligne directe ou au deuxième degré ( <i>frères, sœur, beau-frère, belle-sœur, grand-père, grand-mère, beau-père, belle-mère, belle-fille</i> )	1 jour ouvrable

A titre exceptionnel, lorsque l'événement familial a lieu à une grande distance, un ou plusieurs jours de congés supplémentaires peuvent être accordés par le directeur.

Pour l'application des présentes dispositions, les agents ayant contracté un Pacte Civil de Solidarité sont assimilés aux agents mariés.



### **5-1.6. Protection juridique du personnel**

Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent.

L'établissement est tenu de protéger le personnel contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en résulte.

A cet effet, le directeur peut désigner un avocat pour assurer le conseil, la défense et la représentation des personnels de l'hôpital dans toutes les actions entreprises en vue de préserver leurs droits ou d'assurer leur protection individuelle ou collective à l'occasion des fonctions qu'ils exercent dans l'établissement.

Les honoraires et le cas échéant les frais de procédure seront réglés directement par l'établissement.

### **5-2. DISPOSITIONS PARTICULIERES APPLICABLES AU PERSONNEL NON MEDICAL**

Tout agent, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité de ses subordonnés.

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail 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.

La démission résulte d'une demande écrite de l'agent qui marque sa volonté non équivoque de cesser ses fonctions. Elle n'a d'effet qu'autant qu'elle est acceptée par le directeur et prend effet à la date fixée par ce dernier.

L'acceptation de la démission rend celle-ci irrévocable.

L'agent qui cesse ses fonctions avant la date fixée par le directeur, pour accepter sa démission, peut faire l'objet d'une sanction disciplinaire pour abandon de poste sans préjudice des poursuites judiciaires éventuelles.

Des astreintes à domicile peuvent être organisées pour répondre aux besoins des services. En contrepartie, les agents bénéficient d'une indemnisation dont le barème est établi par le directeur en concertation avec les personnels concernés et en fonction des sujétions effectives.

Les agents ont droit à un congé annuel avec traitement dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat. Un congé non pris ne donne lieu à aucune indemnité compensatrice.

L'agent bénéficiaire d'un congé de maladie transmet un certificat médical à l'autorité administrative dans un délai de quarante-huit heures et en informe le service par tout moyen, dans les plus brefs délais. Il doit se soumettre, sous peine d'interruption de sa rémunération, au contrôle exercé par le directeur qui peut faire procéder à tout moment, à la contre-visite de l'intéressé par un médecin agréé ou effectuer un contrôle administratif de présence de l'agent à son domicile qui doit y demeurer, sauf prescription médicale expresse.

A leur demande, un aménagement des horaires de travail peut être accordé, par le directeur aux agents en état de grossesse, conformément à la réglementation en vigueur et compte tenu des nécessités du service, à compter du début du troisième mois de grossesse.

Le calendrier annuel des fêtes légales et des jours chômés et payés est établi par voie de circulaire ministérielle.

En application du plan de sécurité incendie et du plan blanc « *afflux massif de victimes* » internes à l'établissement, les agents détenteurs d'une assignation individuelle, ainsi que tous ceux qui en reçoivent l'ordre sur le moment, doivent obligatoirement répondre aux appels et instructions reçus en cas d'alerte.

Dans le cadre de la négociation entre le directeur, le personnel et ses représentants, plusieurs protocoles contribuent à la transparence des règles de gestion des personnels dans les domaines suivants :

- mobilité interne ;
- notation ;
- avancement ;
- prime de service ;
- formation professionnelle ;
- congés annuels.

Les protocoles font l'objet de bilan, sur la base de négociations. En l'absence de signature des représentants du personnel et des représentants syndicaux, l'application des règles communes est communiquée sous forme d'une note de service.

## **CHAPITRE 6 - dispositions diverses**

## **6-1 CIRCULATION DES VEHICULES TERRESTRES A MOTEUR**

En vue d'assumer la sécurité des usagers, les règles du code de la route sont applicables sur le domaine public et privé du centre hospitalier Jacques Boutard pour la circulation des véhicules terrestres à moteur.

Aucun stationnement n'est autorisé en dehors des places réservées à cet effet.

Le non respect des règles d'arrêt et de stationnement dûment matérialisées entraînera la verbalisation systématique desdits véhicules et en tant que de besoin l'enlèvement de ceux-ci aux frais et risques des propriétaires.

## **6-2. ACCES AUX LOCAUX DE L'HOPITAL**

Les personnes étrangères au service doivent demander une autorisation de l'administration pour accéder à l'ensemble des locaux et installations du domaine de l'hôpital.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et agents d'affaires qui pénètrent sans autorisation dans les chambres et les services dans l'intention d'y exercer leur activité doivent être immédiatement exclus.

## **6-3. DISPOSITIONS DIVERSES**

Le présent règlement abroge toutes les délibérations contraires et les dispositions contenues dans le règlement intérieur du 22 décembre 2006.

Il entrera en vigueur après avis du comité technique d'établissement, avis de la commission médicale d'établissement et approbation du conseil d'administration.

Le présent règlement fera, au moins, l'objet d'une réactualisation biannuelle.

Le présent règlement ainsi que les dispositions réglementaires des chapitres II et III du titre I, du livre I, partie I du code de la santé publique sont tenus à la disposition des usagers (*R. 1112-78 du code de la santé publique*). Ces documents peuvent être consultés à la direction de l'établissement ou dans le bureau du cadre du service.

## ANNEXES

### SOMMAIRE :

- annexe 1 : charte du patient hospitalisé
- annexe 2 : charte des droits de la personne accueillie
- annexe 3 : charte des droits de la personne âgée
- annexe 4 : plans sécurité incendie et afflux massif de victimes
- annexe 5 : règlement intérieur de la chambre mortuaire  
*(modifié par délibération n°2007-11 du 29 mars 2007)*
- annexe 6 : charte informatique
- annexe 7 : règlement intérieur du département de l'information médicale  
*(modifié par délibération n°2007-11 du 29 mars 2007 et par délibération n°2008-34 du 31 octobre 2008)*
- annexe 8 : règlement intérieur de l'institut de formation d'aides soignants
- annexe 9 : contrat de pôle
- annexe 10 : questionnaire de sortie
- annexe 11 : règlement d'utilisation de la studette
- annexe 12 : règlement intérieur de l'unité médico chirurgicale ambulatoire  
*(délibération n°2007-11 du 29 mars 2007)*
- annexe 13 : fiche de signalement des événements indésirables  
*(délibération n°2007-11 du 29 mars 2007)*