REGLEMENT INTERIEUR

QUA-I-0104 VERSION N° 3 DU 26/09/2022

Domaine d'application	Etablissement
Objet	Cette instruction décrit le règlement intérieur du CHHM applicable sur l'ensemble des structures de l'établissement et par l'ensemble des patients, personnels, visiteurs, ...
Processus de rattachement	**« Management stratégique et gouvernance »**
Références textuelles et bibliographiques	Listées pour chaque chapitre

Liste de diffusion	Diffusion générale

Groupe de travail (Prénom NOM, Fonction) rédacteur
Annabelle ALPHERAN, responsable des ressources humaines Fanette ANCELOT, responsable de la direction des usagers Hubert AUBERTIN, cadre de santé, référent qualité Carol BERTHIER, secrétaire de direction Sylvain BOULARD, directeur adjoint des ressources humaines Nathalie CAIL, gestionnaire recrutement, carrière Marie-Laure COLIN, cadre supérieure de santé, psychiatrie générale Christophe DUCHENE, FF cadre de santé, référent qualité Bruno FRANCOIS, cadre supérieur de santé, psychiatrie générale Fabien GILLET, directeur des travaux Pierre-Yves GLAIZE, délégué à la protection des données Béatrice GLEGOLA, cadre supérieure de santé, prise en charge des personnes âgées et soins de suite et de réadaptation Christelle LARRAZET, responsable du bureau des admissions Corine LEMEY, cadre supérieure de santé, prise en charge des enfants et des adolescents Frédéric LUTZ, directeur adjoint du GHT Cœur Grand Est Gaëlle MUNIER, mandataire judiciaire à la protection des majeurs Docteur Pascale NESER, médecin DIM, médecin CGRAS Murielle PAFADNAM, cadre supérieure de santé, responsable qualité Emmanuelle PIENNE, cadre de santé référent du DPI Isabelle PHILBERT, assistante qualité, gestion des risques Denis POINTEAUX, ingénieur hospitalier principal Martine POINTAUX, adjoint des cadres, Direction des services économiques Danie THIEBAUT, chargée de formation Pascale VIGNOL, cadre paramédical de la fédération de psychiatrie Alexandra WIKTOR, FF directrice des soins et de la qualité

Historique des versions		
Version	Date d'application	Causes et natures des modifications
1	07/10/2016	Création
2	11/02/2021	Maintien
3	26/09/2022	Mise à jour

Rédaction : Isabelle PHILBERT, assistante qualité, gestion des risques		
Validation	Vérification	Approbation
Présidente de la CME	Gestion documentaire QSS	Pilote de processus de rattachement : **« Management stratégique et gouvernance »**
Prénom, Nom : Dr Linette TEDONGMO Date : 26/09/2022 Visa :	Prénom, Nom : Christophe DUCHENE Date : 26/09/2022 Visa : Prénom, Nom : Alexandra WIKTOR Date : 26/09/2022 Visa :	Prénom, Nom : Pascal MOKZAN Date : 26/09/2022 Visa :

-

Sommaire

-

Sommaire 3

Préambule 11

I – Organisation administrative 12
Article 1er – CS 13
Article 2 – Directeur : représentant légal de l'établissement 14
Article 3 – Directoire 17
Article 4 – CME 18
Article 4.1 – Les membres délibérants 18
Article 4.2 – Les membres avec voix consultative 18
Article 5 – Sous-commissions de la CME 21
Article 5.1 – CLIN 20
Article 5.2 – Groupe douleur 22
Article 5.3 – CLAN 22
Article 5.4 – COPS 23
Article 5.5 – Comité éthique 24
Article 6 – CSIRMT 25
Article 7 – CTE 26
Article 8 – Commission de formation 27
Article 9 – CAPL 27
Article 10 – CHSCT 28

II – Organisation médicale et soignante 31
Article 11 – Référence au code de déontologie 32
Article 12 – Organisation de l'établissement en pôles 32
Article 12.1 – Pôles territoriaux 32
Article 12.2 – Structures internes aux pôles d'activité clinique ou médico-technique 34
Article 13 – Corps médical 35
Article 13.1 – Activité libérale 35
Article 13.2 – AIG 35
Article 14 – Pharmacie 36
Article 15 – Permanence médicale 36
Article 16 – Visites médicales 36
Article 17 – Psychologues 36
Article 18 – Service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 37
Article 19 – Services de garde 37

III – Sécurité générale et technique 38
Article 20 – Nature des règles de sécurité 39
Article 21 – Sécurité générale – accès dans l'établissement 39
Article 22 – Sécurité et protection des personnels 40
Article 23 – Rapport avec l'autorité judiciaire 40
Article 24 – Rapport avec les autorités de police 40
Article 25 – Dispositions communes aux usagers et aux personnels 41
Article 25.1 – Interdiction de dissimuler le visage dans l'espace public 41
Article 25.2 – Interdiction de fumer 41
Article 25.3 – Interdiction d'introduire de l'alcool ou des produits illicites et dangereux 42
Article 25.4 – Interdiction d'introduire des animaux domestiques 42
Article 25.5 – Interdiction d'accès aux démarcheurs, journalistes, agents d'affaires 42
Article 25.6 – Interdiction d'utiliser le téléphone portable pour filmer, photographier ou enregistrer des patients 42
Article 26 – Sécurité incendie 42
Article 27 – Sécurité routière 43
Article 27.1 – Circulation réglementée 43
Article 27.2 – Stationnement 43

Article 27.3 – Respect des prescriptions en matière de circulation et de stationnement 43
Article 28 – Sécurité numérique 44

IV – Qualité et Sécurité des Soins 45
Article 29 – Politique QSS 46
Article 30 – Organisation du management stratégique de la QSS 47
Article 30.1 – Le pilotage et la coordination 48
Article 30.2 – L'opérationnalité 49
Article 31 – Management opérationnel de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux 53
Article 31.1 – Le RSMQPCEM 53
Article 31.2 – L'EOM et dispositifs médicaux (EOM) (sous-commission de la CQSS) 53
Article 32 – Gestion de crise / tensions hospitalières 54

V – Information médicale 56
Article 33 – Le dossier patient 57
Article 34 – DIM 57
Artiche 35 - Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge 58
Article 36 - Les informations médicales 58
Article 37 – Traitement informatique des informations médicales 58
Article 38 – Le PMSI 59
Article 39 - Partage des informations médicales 59
Article 39.1 – Information du patient 59
Article 39.2 – Information du patient en cas de dommage lié aux soins 60
Article 39.3 – Information concernant les mineurs 60
Article 39.4 – Information de la famille et des proches 60
Article 39.5 – Information du médecin traitant 61
Article 39.6 – Discrétion demandée par le malade 61
Article 40 - Transparence et confidentialité 61

VI – Accueil, Admissions – Dispositions générales et particulières 62
Droits et libertés des personnes hospitalisées et des usagers du système de santé 64
Article 41 – Le respect de la dignité et de l'intimité du patient 64
Article 42 – La liberté d'aller et venir du patient 64
Article 43 – Droits et libertés des personnes admises en soins psychiatriques libres 65
Article 44 – Droits et libertés des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement 65
Article 45 – Principe du libre choix du praticien par le patient 66
Article 46 – Droits civiques 67
Devoirs des personnes hospitalisées 67
Article 47 – Devoir des personnes hospitalisées 67
Admissions 68
Article 48 – Dispositions particulières relatives aux personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement 68
Article 48.1 – Admission en SPDT, en SPDTU ou en cas de péril imminent 68
Article 48.2 – Admission en SPDRE 69
Article 48.3 – Admission en soins psychiatriques suite à une décision de justice 66
Article 48.4 – Saisine du JLD 69
Article 48.5 – Le registre de la loi 70
Article 48.6 – La CDSP 70
Admissions particulières 71
Article 49 – Mineurs 71
Article 49.1 – Admission d'un mineur 71
Article 49.2 – Admission d'urgence d'un mineur 71
Article 49.3 – Admission d'un mineur à la demande de l'autorité judiciaire 71

Article 49.4 – Admission d'un mineur en hospitalisation sous contrainte 72
Article 49.5 – Séjour d'un mineur 72
Article 49.6 – Sorties temporaires et définitives d'un mineur 72
Article 49.7 – Sorties prématurées d'un mineur 72
Article 49.8 – Conflit entre les titulaires de l'autorité parentale 72
Article 50 – Militaires 73
Article 51 – Étrangers 73
Article 52 – Détenus 73
Article 53 – Malades présentant une addiction 74
Article 54 – Majeurs juridiquement protégés 74
Modalités de prise en charge 75
Article 55 – Psychiatrie 75
Article 55.1 – Prise en charge en hospitalisation à temps complet 75
Article 55.2 – Prises en charge alternatives à l'hospitalisation à temps complet 75
Article 56 – Mesures de contention et mise en chambre d'isolement 76
Article 57 – SSR 76
Article 57.1 – Prise en charge en intra-hospitalier 76
Article 58 – Consultations externes 76
Formalités à accomplir 77
Article 59 – Formalités administratives 77
Article 60 – Frais de séjour 77
Article 61 – Consentement aux soins 78
Article 62 – Refus de soins 78
Article 63 – Recherche biomédicale 78
Article 64 – Directives anticipées 79
Article 65 – Désignation de la personne de confiance 79
Article 66 – Dépôt des objets de valeur et des sommes d'argent 80
Article 67 – Restitution des objets de valeur et des sommes d'argent 81
Article 68 – Objets non réclamés par le patient 81
Article 69 – Armes ou objets dangereux pour la santé publique / possession de médicaments 82
Article 69.1 – Dépôt d'objets dangereux 82
Article 69.2 – Dépôt de substances inconnues, de produits stupéfiants ou de médicaments 82
Article 70 – Actes conservatoires 82

VII – Conditions générales de séjour 83
Accueil 84
Article 71 – Accueil dans l'unité de soins 84
Visites et accès à l'établissement 84
Article 72 – Droit de visite et accès à l'établissement 84
Article 73 – Comportement des visiteurs 84
Article 74 – Comportement des patients – désordres causés par un malade 85
Article 75 – Horaires des visites 85
Vie quotidienne 86
Article 76 – Horaires des repas – repas aux accompagnants 86
Article 77 – Détermination des menus 86
Article 78 – Déplacement des hospitalisés 86
Article 79 – Respect de l'hygiène 86
Article 80 – Coiffure 87
Article 81 – Cafétéria 87
Article 82 – Prise en charge de la douleur 87
Article 83 – Courrier 87
Article 84 – Téléphone 88
Article 85 – Prise de vue et utilisation de l'image de la personne 88
Article 86 – Téléviseurs et postes de radio 88
Article 87 – Service social 88
Article 88 – Exercice du culte et principe de laïcité 89

Article 89 – Conditions d'interventions des associations de bénévoles 89
Séjour 89
Article 90 – Activités thérapeutiques 89

VIII – Relations avec les usagers 90
Article 91 – Livret d'accueil 91
Article 92 – Satisfaction des usagers 91
Article 93 – Traitement des plaintes et réclamations des usagers 91
Article 94 – Accès au dossier médical 91
Article 95 – CDU 92

IX – Sorties 94
Article 96 – Permissions 95
Article 97 – Sortie définitive 95
Article 98 – Sortie contre avis médical 95
Article 99 – Sortie disciplinaire 96
Article 100 – Sortie sans autorisation 96
Article 101 – Sortie du patient en fin de vie 96
Article 102 – Sortie des mineurs 96
Article 103 – Sortie des patients en soins psychiatriques 97
Article 103.1 – Patient en soins psychiatriques libres 97
Article 103.2 – Patient en soins psychiatriques sans consentement 97
Article 104 – Sortie avec transport à organiser 98

X – Fin de vie et décès de personnes hospitalisées 99
Article 105 – Fin de vie 100
Article 106 – Constat de décès 100
Article 107 – Notification du décès 100
Article 108 – Toilette et préparation du défunt 100
Article 109 – Accueil de la famille et démarches administratives 100

XI – Dispositions relatives à la CUMP 101
Article 110 – Objectifs de la CUMP 102
Article 111 – Déclenchement de la CUMP 102

XII – Dispositions spécifiques à l'USLD, à l'EHPAD, à l'hébergement temporaire et à l'AJ 103
Article 112 – Présentation des services gériatriques et des personnes accueillies 105
Article 113 – Missions des services gériatriques 105
Article 114 – Direction des services gériatriques 105
Article 115 – CVS 106
Article 116 – Modalités d'admission en hospitalisation complète / hébergement complet 107
Article 117 – Frais de séjour 107
Article 118 – Contrat de séjour / DIPC 107
Article 119 – Projet de service et projet de vie 108
Article 120 – Rapport d'activité 108
Article 121 – Respect de la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes en institution 108
Article 122 – Surveillance médicale des résidents / patients 108
Article 123 – Dossier des résidents / patients 109
Article 124 – Sécurité des résidents / patients 109
Article 125 – Assurances 109

XIII – Dispositions spécifiques à la MAS 110
Article 126 – Présentation de la MAS et des personnes accueillies 111

Article 127 – Missions de la MAS 111
Article 128 – Direction de la MAS 111
Article 129 – CVS 111
Article 130 – Modalités d'admission des résidents 112
Article 131 – Contrat de séjour 113
Article 132 – Projet de service et projet de vie 113
Article 133 – Rapport d'activité 114
Article 134 – Respect de la charte des droits et libertés de la personne accueillie 114
Article 135 – Surveillance médicale des résidents 114
Article 136 – Dossier des résidents 114
Article 137 – Sécurité des résidents 115
Article 138 – Assurances 115

XIV – Dispositions spécifiques au CAMSP 116
Article 139 – Présentation des antennes du CAMSP et des enfants accueillis 117
Article 140 – Missions du CAMSP 117
Article 141 – Direction du CAMSP 117
Article 142 – Relations avec les autres partenaires médico-sociaux, soignants et éducatifs 117
Article 143 – Rapport d'activité 118
Article 144 – Respect de la charte des droits et libertés de la personne accueillie 118

XV – Dispositions relatives au personnel 119
Temps de travail 120
Article 145 – Organisation du temps de travail 120
Article 145.1 – Organisation du temps de travail du personnel non médical 120
Article 145.2 – Organisation du temps de travail du personnel médical 120
Gestion des carrières 120
Article 146 – Grade et rémunération 120
Article 147 – Evaluation 121
Article 148 – Avancement 121
Article 149 – Planning 121
Accueil des agents 121
Article 150 – Accueil et intégration des nouveaux arrivants 121
Article 151 – Visite médicale 121
Droits des agents 122
Article 152 – Droits statutaires 122
Article 153 – Liberté d'opinion – non discrimination 122
Article 154 – Protection contre le harcèlement sexuel et moral 122
Article 155 – Protection des agents victimes de menaces et de violences au travail 123
Article 156 – Protection juridique 123
Article 157 – Liberté syndicale et droit de grève 123
Article 158 – Droit d'accès à son dossier administratif 124
Article 159 – Droit à la formation 124
Article 160 – Sécurité et santé des personnels 124
Article 161 – Droit de retrait 124
Obligations des agents 125
Article 162 – Obéissance hiérarchique 125
Article 163 – Service minimum et assignation 125
Article 164 – Information du supérieur hiérarchique de tout incident 125
Article 165 – Utilisation du système d'information 126
Article 166 – Conservation en bon état des locaux, matériels et effets 126
Article 167 – Lutte contre le bruit 126
Article 168 – Identification du personnel 126
Article 169 – Tenue vestimentaire de travail 126
Article 170 – Tenue correcte exigée 127

Article 171 – Effets et biens personnels – responsabilité 127
Obligations des agents envers les malades 128
Article 172 – Attitude envers les malades 128
Article 173 – Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients 128
Article 174 – Respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients et des visiteurs 128
Article 175 – Respect de la vie privée du patient 128
Article 176 – Respect de la dignité et de l'intimité du patient 128
Article 177 – Accueil des familles 129
Article 178 – Devoir d'information envers les patients et leur famille 129
Article 179 – Secret professionnel 129
Article 180 – Obligation de discrétion professionnelle 129
Article 181 – Respect du libre choix du patient ou de sa famille en matière de prestataires médicaux 130
Article 182 – Exclusion des personnes se comportant de façon importune 130
Interdictions 130
Article 183 – Désintéressement 130
Article 184 – Interdiction d'utiliser des biens communs à usage personnel 130
Article 185 – Interdiction d'exercer une activité privée lucrative 131
Article 186 – Interdiction de consommer des boissons alcoolisées ou des substances illicites 131
Article 187 – Interdiction d'utiliser des téléphones portables personnels 131
Article 188 – Interdiction de tenir des réunions publiques dans l'enceinte de l'établissement 132
Article 189 – Le pouvoir disciplinaire 132

XVI – Données personnelles 133
Article 190 – Politique de protection des données 134
Article 191 – Responsable de traitements et délégué à la protection des données 134
Article 192 – Discrétion et confidentialité 134
Article 193 – Accès aux données personnelles des agents 134
Article 194 – Exercice des droits 135

XVII – Dispositions diverses 136
Article 195 – Approbation du règlement intérieur 137
Article 196 – Mise à disposition du règlement intérieur 137
Article 197 – Mise à jour du règlement intérieur 137

Annexes 138
Annexe 1 – Charte de la personne hospitalisée 139
Annexe 2 – Charte Romain Jacob 140
Annexe 3 – Charte du patient hospitalisé et de l'usager en santé mentale 141
Annexe 4 – Charte de l'enfant hospitalisé 142
Annexe 5 – Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante 143
Annexe 6 – Charte des droits et libertés de la personne accueillie 144
Annexe 7 – Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée 145
Annexe 8 – Charte de la laïcité dans les services publics 147

-
Préambule
-

Le CHHM a pour missions :

de dispenser :

- des **soins en psychiatrie**, avec ou sans hébergement en milieu hospitalier, des soins ambulatoires dans les structures extra-hospitalières ou dans le cadre de réseaux de soins,
- des **soins de suite avec ou sans hébergement**, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de rééducation-réadaptation,
- des **soins de longue durée** comportant un hébergement à des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ;

*de mettre en œuvre des **prises en charge médico-sociales**, dans les domaines suivants :*

- en **MAS**, destinée à recevoir des personnes handicapées mentales, adultes, dépourvues d'un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants, une aide à la vie courante et des activités de vie sociale destinées à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions desdites personnes,
- en **CAMSP** qui a pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants de moins de 6 ans présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue de leur adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel,
- en **USLD, en EHPAD, en hébergement temporaire et en AJ** dans la prise en charge des personnes âgées ;

*de participer à des **actions de santé publique** et, notamment, à toutes les actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention ;*

*de **participer, dans le domaine de la psychiatrie, à l'aide médicale urgente** en liaison avec les établissements autorisés à mettre en œuvre une activité d'accueil ou d'orientation des urgences.*

Il développe une politique de coopération et de complémentarité avec les autres établissements de santé et s'inscrit dans une démarche constitutive de réseau de soins.

Le CHHM fait partie du GHT Cœur Grand Est.

Le GHT a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Il vise à garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours dans le cadre du PMP validé par les instances et approuvé par l'ARS.

Il a pour objectif de faciliter le recrutement de praticiens dans une démarche concertée entre les membres et en relation avec les centres hospitaliers universitaires associés.

Le GHT est organisé en pôles territoriaux. Ces pôles se substituent aux pôles d'établissement depuis le 1er janvier 2020.

Pour faciliter la coopération entre les établissements du GHT Cœur Grand Est, une direction commune a été mise en place entre l'ensemble de ses membres.

Le règlement intérieur s'applique à l'ensemble du personnel médical et non médical du CHHM, aux usagers ainsi qu'à ceux qui les accompagnent, aux visiteurs, aux fournisseurs mais aussi de façon plus large à toute personne amenée à faire appel aux services ou à fréquenter les installations ou locaux du CH.

Le règlement intérieur s'impose à toutes les unités ou structures gérées par le CHHM quelle que soit leur localisation ainsi qu'aux organismes éventuellement hébergés par l'hôpital.

-
I – Organisation administrative
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux GHT et à la médicalisation des décisions à l'hôpital
- Les accords du Ségur de la santé signés le 13 juillet 2020
- Loi n° 2019-828 du 06 août 2019 de transformation de la fonction publique
- Loi n° 2019-474 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, intégrée dans le plan Ma Santé 2022
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'HPST
- Code de la santé publique
- Code de la sécurité sociale
- Guide "La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre" (ANAP - novembre 2010)

- 1
- Règlement intérieur de la CME (QUA-I-0107)
- Ethique : règlement intérieur (QUA-I-0121)
- CSIRMT - Règlement intérieur QUA-I-0141)
- CTE Règlement intérieur

Article 1 - CS

Composition

A – Membres avec voix délibérative : au nombre de 15 répartis en 3 collèges

1) Au titre des représentants des collectivités territoriales (5 membres)
   - le maire de Saint-Dizier, ou le représentant qu'il désigne,
   - 2 représentants d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre dont la commune de Saint-Dizier est membre ou, à défaut, un représentant de chacune des 2 principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que Saint-Dizier,
   - le président du conseil départemental de la Haute-Marne, ou le représentant qu'il désigne et un autre représentant de ce conseil départemental ;
2) Au titre des représentants du personnel (5 membres)
   - 1 membre désigné par la CSIRMT,
   - 2 membres désignés par la CME,
   - 2 membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des dernières élections au CTE ;
3) Au titre des personnalités qualifiées (5 membres)
   - 2 personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'ARS,
   - 3 personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat de la Haute-Marne, dont au moins 2 représentants des usagers au sens de l'article L.1114-1 du CSP ;

B – Membres avec voix consultative :

- le président de la CME, vice-président du directoire,
- le directeur général de l'ARS,
- le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique au sein de l'établissement,
- le directeur de la caisse d'assurance maladie,
- un représentant des familles des personnes accueillies en USLD ou en EHPAD.

Les membres du CS sont nommés par arrêté du directeur général de l'ARS.

Sont également invités à participer aux séances du CS :
- le trésorier de l'établissement,
- le directeur, président du directoire, accompagné de l'équipe de direction.

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

Sa composition (CS - composition) est installée sur Ennov Doc.

Président et vice-présidence

Le président du CS est élu pour une durée de 5 ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées. Lorsque ses fonctions de membre du CS prennent fin, son mandat prend également fin.

Le président du CS désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées, un vice-président, qui préside le CS en son absence.

Attributions

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

Il délibère sur :
- le projet d'établissement mentionné à l'article L.6143-2 du CSP,
- la convention constitutive des CHU et les conventions passées en application de l'article L.6142-5 du CSP,
- le compte financier et l'affectation des résultats,
- tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs EPS,
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur,
- toute convention intervenant entre l'EPS et l'un des membres de son directoire ou de son CS (il en est de même des conventions auxquelles l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans lesquelles elle traite avec l'établissement par personne interposée),
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement,
- les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L.6145-7 du CSP.

Il donne son avis sur :
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L.6148-2 du CSP,
- la participation de l'établissement à un GHT,
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le CS communique au directeur général de l'ARS ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

A tout moment, le CS 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 du CSP, le CS nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le CS entend le directeur sur l'EPRD ainsi que sur le programme d'investissement.

Le CS se prononce également sur la désignation de l'établissement support du GHT dont l'établissement est adhérent.

Il est également informé avant la nomination et la révocation des membres du directoire par le président du directoire.

Le CS possède son propre règlement intérieur (CS - règlement intérieur) installé sur Ennov Doc.

Le CS est décrit dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 2 – Directeur : représentant légal de l'établissement

La nomination du directeur

Il est nommé par arrêté du directeur général du CNG sur une liste comportant au moins 3 noms proposés par le directeur général de l'ARS après avis du président du CS.

Compétence générale dans la conduite de l'établissement

Il conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° de l'article L.6143-7 et autres du CSP que celles qui relèvent de la compétence du CS énumérées à l'article L.6143-1 du CSP. Il participe aux séances du CS. Il exécute ses délibérations.

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

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

Compétences de gestion après concertation du directoire

Après concertation avec le directoire, le directeur, président du directoire, décide dans le domaine de la stratégie de l'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale.

En ce qui concerne la stratégie de l'établissement, le directeur :
- conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L.6114-1 du CSP,
- arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L.6146-1 du CSP,
- peut proposer au directeur général de l'ARS 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 du CSP ou des réseaux mentionnés à l'article L.6321-1 du CSP,
- soumet au CS le projet d'établissement,
- arrête le règlement intérieur de l'établissement,
- arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L.3131-7 du CSP,
- conclut une convention de GHT.

En ce qui concerne la politique qualité, le directeur :
- décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

En ce qui concerne les finances de l'établissement, le directeur :
- détermine le programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux,
- 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,
- soumet au CS les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L.6145-7 du CSP,
- fixe l'EPRD prévu à l'article L.6145-1 du CSP, le PGFP 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,
- arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du CS,
- présente à l'ARS le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L.6143-3 du CSP.

En matière de gestion du patrimoine, le directeur :
- conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans,
- conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L.6148-2 du CSP, 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 CSP.

En ce qui concerne la politique sociale, le directeur :
- arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement,
- à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos.

Compétences du directeur en matière de nomination, de proposition de nomination et d'admission par contrat de professionnels libéraux

Pouvoir de nomination

En ce qui concerne les membres nommés du directoire : à l'exception des membres de droit, il nomme les membres du directoire, après information du CS.

En ce qui concerne les chefs de fédération et de pôle territoriaux : les chefs de fédération ou de pôles territoriaux sont nommés conjointement par le directeur, président du COSTRAT du GHT, et par le président de la commission médicale de groupement, après respect de la procédure d'appel à candidature et de choix formalisée dans le Projet de Gouvernance et de Management participatif du GHT. Les chefs de service territoriaux sont nommés conjointement par le directeur, président du COSTRAT du GHT, et par le président de la commission médicale de groupement, sur proposition du chef de pôle territorial après respect de la procédure d'appel à candidature et de choix formalisée dans le projet de gouvernance et de management participatif du GHT.

En ce qui concerne les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles : ils sont nommés conjointement par le directeur, et par le président de la commission médicale de l'établissement concerné sur proposition du chef de pôle territorial, après respect de la procédure d'appel à candidature et de choix formalisée dans le Projet de Gouvernance et de Management participatif du GHT.

Pouvoir de proposition de nomination et de mise en recherche d'affectation

Le directeur propose au directeur général du CNG la nomination et la mise en recherche d'affectation des PH, sur proposition du chef de pôle territorial ou à défaut du responsable de la structure interne et après avis du président de la CME. L'avis du président de la CME est communiqué au directeur général du CNG.

Il propose également au directeur général du CNG la nomination ou la mise en recherche d'affectation des directeurs adjoints et des directeurs de soins. La CAP émet un avis sur ces propositions.

Le directeur peut admettre par contrat des professionnels libéraux à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à l'établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement.

Article 3 – Directoire

Composition

Le directoire est une instance composée au maximum de 9 membres, dont une majorité de membres des professions médicales, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques :

3 membres de droit :

- le directeur, qui préside le directoire,
- le président de la CME, qui est vice-président du directoire,
- le président de la CSIRMT ;

6 membres nommés par le directeur :

- un membre du personnel non médical nommé et, le cas échéant, révoqué par le directeur, après information du CS. Ce membre est nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CSIRMT. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme ce membre après avis du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le président du directoire nomme les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME, vice-président du directoire. Cette liste, comportant au moins 3 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 15 jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix. Le président du directoire peut mettre fin aux fonctions des membres nommés, après information du CS.

Le directeur peut, en outre, sur avis conforme du président de la CME et après consultation du directoire, inviter des représentants des usagers pour participer avec voix consultative sur certains sujets aux débats du directoire.

Sa composition (Directoire - composition) est installée sur Ennov Doc.

Attributions

Le directoire :
- approuve le projet médical préparé par le président de la CME avec le directeur,
- prépare le projet d'établissement (délibération du CS), notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Le directoire est décrit dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 4 – CME

Composition

Article 4.1 – Les membres délibérants

La composition de la CME est fixée comme suit :

1) 6 chefs de fédération et de pôle territoriaux relatifs aux activités exercées par le CHHM (membres de droit) :
   - Chef de la fédération de psychiatrie
   - Chef de pôle territorial de pharmacie
   - Chef de pôle territorial de biologie
   - Chef de pôle territorial de gériatrie - rééducation
   - Chef de pôle territorial médico-social
   - Chef de pôle médico-social
   - le Chef de pôle interne au CHHM (membre de droit)
     - Chef de pôle médico-social
2) 5 représentants élus parmi les chefs de service de l'établissement et les chefs de service territoriaux exerçant comme praticien dans l'établissement ;
3) 5 représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
4) 2 représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
5) 2 représentants des internes (médecine générale, autre spécialité médicale, pharmacie, odontologie).

Article 4.2 – Les membres avec voix consultative

Assistent en outre avec voix consultative :
1) Le président du directoire ou son représentant ;
2) Le président de la CSIRMT ;
3) Le représentant du CTE, élu en son sein ;
4) Le responsable du DIM du GHT ou son représentant ;
5) Le responsable de l'EOH (si non élu) ;
6) Le représentant des pharmaciens hospitaliers désigné (si non élu).

Sa composition (CME - Composition) est installée sur Ennov Doc.

Président et vice-président

La CME élit son président et son vice-président.

Le président et le vice-président de la CME sont élus par l'ensemble des membres titulaires de la CME 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.

Attributions de la CME

La CME et le CTE peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. A l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.

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

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

Le rapport conclut en émettant un avis sur l'opportunité de saisir de ses conclusions le conseil d'administration en vue de la mise en œuvre de la procédure d'audit prévue à l'article R. 6143-31.

Au vu de ce rapport, la commission médicale et le comité technique peuvent décider, à la même majorité qualifiée, de procéder à cette saisine.

La CME **est consultée** sur des matières conjointement avec le CTE :
1° Les projets de délibération ;
2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
3° Le plan de redressement mentionné à l'article ;
4° L'organisation interne de l'établissement. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;
5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
7° La convention constitutive d'un GHT.

La CME est également **consultée** sur les matières suivantes :
1° Le projet médical de l'établissement ;
2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
4° La politique de formation des étudiants et internes ;
5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
6° Le CPOM ;
7° La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2 ;
8° Le plan de DPC relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
10° Le règlement intérieur de l'établissement ;
11° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La CME **est informée** sur les matières suivantes :
1° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
2° Les contrats de pôles ;
3° Le bilan annuel des tableaux de service ;
4° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
5° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements

susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Contribution de la CME à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

Dans chaque établissement public de santé, la CME contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le PMP du groupement, et 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.

La CME 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 CDU.

La CME possède son propre règlement intérieur décrit dans l'instruction « Règlement intérieur de la CME (QUA-I-0107) ».

La CME est décrite dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 5 – Sous-commissions de la CME

Dans le cadre de ses missions, la CME garantit la représentation médicale dans les différents comités de l'établissement ayant pour mission de contribuer à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Cette représentation est assurée dans le respect des règlements intérieurs de ces comités.

Les représentants à la CME à ces comités font l'objet d'une désignation en séance, après appel à candidature et vote à main levée pour les commissions suivantes :

- Le CS,
- Le CTE,
- La CSMIRT,
- La CDU,
- La commission d'activité libérale.

En dehors de la COPS, commission obligatoire sur le plan réglementaire, la CME peut mettre en place les sous-commissions suivantes :

- Le CSTH,
- L'EOM,
- La COMAI,
- La COVIRIS,
- Le CLIN,
- La COPS,
- Le CLUD,
- Le CLAN,
- Le comité éthique,
- La commission de la formation médicale continue.

Article 5.1 – CLIN

Composition

Le CLIN est composé des membres suivants ayant voix délibérative :

A - Membre désigné par la CME pour être président :

- 1 PH ;

B - Membres représentant l'ensemble de l'activité hospitalière :

- 1 PH des services territoriaux de soins de réadaptation et de gériatrie,
- 1 PH représentant des services territoriaux de psychiatrie,
- 1 pharmacien titulaire et 1 pharmacien suppléant,
- le médecin du travail et l'infirmière de la santé au travail,
- le PH hygiéniste,
- le directeur des soins et de la qualité, ou son représentant,
- 1 cadre supérieur de santé,
- 1 cadre de santé des structures de Saint-Dizier, 1 cadre de santé des structures de Chaumont-Langres,
- l'infirmière hygiéniste de l'EOHH,
- le cadre supérieur de santé chargé de mission en hygiène,
- 1 infirmier correspondant en hygiène des services territoriaux de soins de réadaptation, de psychiatrie adulte de Saint-Dizier, de psychiatrie adulte de Chaumont-Langres,
- 1 aide-soignant correspondant en hygiène des services territoriaux de soins de réadaptation, de psychiatrie adulte de Saint-Dizier, de la MAS,
- 1 agent des services hospitaliers correspondant en hygiène du service territorial de gériatrie, de la MAS ;

C - Autres membres :

- le directeur des services économiques, logistiques et techniques,
- 1 représentant des usagers.

Président

Le président est désigné en CME.

Attributions

Le CLIN contribue par ses avis et propositions à la définition de la PACQSS dans les domaines du risque infectieux, du bon usage des antibiotiques et des vigilances sanitaires. Il prépare le programme annuel d'actions du CLIN. Il établit le rapport annuel d'activité du CLIN. Il s'assure de la coordination des actions menées au sein de l'établissement. Il participe à l'EPP.

Le CLIN possède son propre règlement intérieur.

Le CLIN est décrit dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 5.2 – Groupe douleur

Un groupe douleur est mis en place. Il est piloté par un médecin généraliste, une cadre supérieure de santé, une infirmière IADE.

Il est composé de référents douleur émanant des services.

Sa composition est installée sur Ennov Doc (Groupe qualite Douleur Composition).

Le groupe douleur définit au sein de l'établissement une politique cohérente en matière de prise en charge de la douleur et veille à la promotion de la mise en œuvre des actions dans ce domaine. Il travaille en collaboration avec l'EOM.

Ce groupe a pour rôles :
- de proposer, à partir du bilan de l'existant, des objectifs en termes d'amélioration,
- de proposer, organiser, coordonner, évaluer les actions,
- de rechercher des moyens permettant de mettre en œuvre ses actions en apportant une réponse coordonnée aux appels à projet,
- de promouvoir les actions de formation continue des personnels de santé et donner son avis sur les projets d'acquisition de dispositifs médicaux et matériels nécessaires au traitement de la douleur,
- d'assurer la liaison avec la prise en charge des soins palliatifs,
- d'établir un bilan annuel des actions engagées,
- d'informer des résultats des actions entreprises.

Le groupe douleur est décrit dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 5.3 – CLAN

Composition

Le CLAN est composé des membres suivants ayant voix délibérative :

A - Membre désigné par la CME pour être président :

- 1 PH ;

B - Membres représentant l'ensemble de l'activité hospitalière :

- 1 pharmacien,
- le directeur des soins et de la qualité ou son représentant,
- 2 agents des services hospitaliers,
- 1 représentant (cadre ou infirmier) des services territoriaux de psychiatrie adulte de Chaumont-Langres, de psychiatrie adulte de Saint-Dizier, de psychiatrie adulte intersectoriel, de soins de réadaptation, de gériatrie, de la MAS ;

C - Autres membres :

- le directeur des services économiques, logistiques et techniques,
- le responsable du GCS Restauration ou son représentant,
- la diététicienne du GCS Restauration,
- 2 diététiciennes,
- la cadre de santé référent DPI,
- le responsable de l'EOHH ou son représentant,
- 1 préparatrice en pharmacie.

Président et vice-président

Les président et vice-président du CLAN sont élus en son sein.

Attributions

Le CLAN a vocation à participer, par ses avis et propositions, à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation – nutrition, y compris en ce qui concerne les projets d'aménagements des locaux, des circuits et d'équipement qui ont une incidence dans ce domaine.
A cet effet, le CLAN participe :
a) au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels et à l'EPP dans le domaine de l'alimentation et la nutrition,
b) à la définition des actions prioritaires à mener dans le domaine de la nutrition et en ce qui concerne la fonction restauration,
c) à la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition,
d) à la définition des actions de formation continue en matière d'alimentation et de nutrition.

Le CLAN possède son propre règlement intérieur.

Le CLAN est décrit dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 5.4 – COPS

Composition

A - Membres de droit :

- le directeur ou son représentant assisté du collaborateur de son choix,
- le président de la CME ou son représentant ;

B - Membres :

Des représentants médicaux dont le nombre et les modalités de désignation (durée du mandat, incompatibilités) sont définies par la CME. La moitié des représentants des personnels désignés doit accomplir des permanences sur place ou sous forme d'astreinte de nuit, de samedi après-midi, de dimanche ou de jours fériés.

Président

Lors de la première réunion, la COPS désigne son président.

Attributions

La COPS est chargée :
- de définir annuellement, avec le directeur, l'organisation de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- de donner son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens ;
- elle propose un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes ;
- de donner son avis sur les conventions de coopération définissant les secteurs de garde communs à plusieurs établissements ;

- d'établir un bilan annuel qu'elle adresse au directeur et au président de la CME ;
- d'élaborer le mode de contrat de TTA et d'assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des mesures relatives aux modalités de recours au TTA ;
- elle veille au respect des dispositions réglementaires relatives au temps de travail des internes.

La COPS est décrite dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 5.5 – Comité éthique

Composition

Le comité éthique est composé de membres du personnel du CHHM ayant un intérêt pour le questionnement éthique ; il est pluriprofessionnel et pluridisciplinaire.

Des personnes extérieures au CHHM (représentant des usagers, famille, juristes, philosophe…) peuvent également devenir membres de ce comité.

Sa composition (Comité éthique Composition) est installée sur Ennov Doc.

Attributions

Le comité éthique est une instance consultative et non décisionnelle.
Il porte une analyse de nature éthique et émet des avis sur des situations de soins réelles, exposées par un professionnel ou une équipe.
Il porte une analyse sur des problèmes éthiques posés par le fonctionnement de l'institution.
Il sensibilise les professionnels de santé.
Il travaille en réseau avec d'autres instances d'éthique.

Le comité éthique a son propre règlement intérieur (« Ethique : règlement intérieur (QUA-I-0121)»).

Article 6 – CSIRMT

Composition

La CSIRMT est composée de 14 membres. La répartition des sièges entre les différents collèges est la suivante :
- collège des cadres de santé : 4 membres titulaires / 4 membres suppléants,
- collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques : 6 membres titulaires / 6 membres suppléants,
- collège des aides-soignants (dont relèvent également les auxiliaires de puériculture et les aides médico-psychologiques) : 2 membres titulaires / 2 membres suppléants.

Participe aux séances avec voix consultative :
. 1 représentant de la CME.

Compte tenu de la spécificité de l'établissement qui associe, dans la réalité quotidienne des soins, des personnels socio-éducatifs et agents des services hospitaliers, un représentant de ces catégories professionnelles est également invité, de façon permanente, avec voix consultative :
. 1 représentant des personnels socio-éducatifs,
. 1 représentant des agents des services hospitaliers.

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres. Cette dernière assiste seulement aux points de l'ordre du jour qui la concernent.

Sa composition (CSIRMT Composition) est installée sur Ennov Doc.

Président

Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, est président de droit de la CSIRMT.

Attributions

La CSIRMT est consultée pour avis sur :
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins,
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades,
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins,
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers,
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- la politique de DPC,
- la convention constitutive d'un GHT.

Elle est informée sur :
- le règlement intérieur de l'établissement,
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2 du CSP,
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Elle peut constituer des groupes de travail dans le cadre des missions qui lui sont dévolues en y associant des personnes ressources.

La CSIRMT a son propre règlement intérieur (« CSIRMT - Règlement intérieur QUA-I-0141) ».

La CSIRMT est décrite dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 7 – CTE

Composition

Le CTE comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, président, 10 représentants du personnel (titulaires et suppléants) élus à la représentation proportionnelle.

Un représentant de la CME est convié à chacune des réunions du CTE. Il siège avec voix consultative.

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

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

Sa composition (CTE Composition) est installée sur Ennov Doc.

Président

Le directeur du CHHM est le président de droit du CTE.

Attributions

Le CTE est consulté sur :
- les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1 du CSP,
- les orientations stratégiques de l'établissement et son PGFP,
- le plan de redressement mentionné à l'article L.6143-3 du CSP,
- l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L.6143-7 du CSP,
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants,
- la GPEC,
- la convention constitutive d'un GHT,
- les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel,
- la politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de DPC,
- les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité,
- la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social,
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- le règlement intérieur de l'établissement.

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

Le CTE possède son propre règlement intérieur (« CTE Règlement intérieur DOC CHHM-0126) ».

Le CTE est décrit dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 8 – Commission de formation

Composition

La composition de la commission de formation est calquée de manière proratisée sur la répartition des sièges entre les organisations syndicales au sein du CTE. Au cas où ce calcul ne permet pas d'obtenir des chiffres entiers, l'arrondi se fait à l'entier inférieur (lorsque la décimale est inférieure à 5) ou à l'entier supérieur (lorsque la décimale est supérieure à 5).

La commission de formation est composée de 9 membres au CHHM.

Le directeur arrête la composition de la commission.

Attributions

La commission de formation est amenée à donner un avis sur les demandes de formation dans le cadre du CPF, lorsque celles-ci ne rentrent pas dans les critères définis par l'ANFH, dans la limite d'une enveloppe budgétaire à déterminer après affectation des crédits destinés aux pôles.

Elle se réunit en juin pour faire un point sur le suivi intermédiaire des formations et donne également un avis sur le plan de développement des compétences professionnelles du personnel non médical N+1 lors de la commission de formation du mois d'octobre.

La commission de formation est décrite dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 9 – CAPL

Composition

La composition des CAPL est fixée à partir des élections des représentants du personnel qui ont lieu tous les 4 ans.

La désignation des représentants titulaires et suppléants de l'administration au sein des CAPL est effectuée par l'assemblée délibérante (CS) dans le mois suivant la proclamation des résultats des élections des représentants du personnel.

Au nombre de 7 au CHHM, les CAPL regroupent respectivement les corps des catégories A, B et C ; chaque corps est composé de 3 commissions, chacune de ces commissions est constituée de groupe unique :
- groupe 1 : personnels techniques et ouvriers,
- groupe 2 : personnels soignants et assimilés,
- groupe 3 : personnels administratifs.

Chaque groupe unique est constitué de sous-groupes (sous-groupe unique, sous-groupe 1, sous-groupe 2...).

Les commissions comprennent, en nombre égal, d'une part, des représentants de

l'administration désignés par le CS et, d'autre part, des représentants élus du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants.

Les CAPL suivantes sont gérées au CHHM :
- CAP 2 : personnels des services de soins, médico-techniques et sociaux de catégorie A,
- CAP 4 : personnels d'encadrement technique,
- CAP 5 : personnels des services de soins, médico-techniques et sociaux de catégorie B,
- CAP 6 : personnels d'encadrement administratif,
- CAP 7 : personnels techniques, conducteurs ambulanciers, personnels d'entretien et salubrité,
- CAP 8 : personnels des services de soins, médico-techniques et sociaux,
- CAP 9 : personnels administratifs.

Président

Les CAPL sont présidées par le président du CS ou son représentant.

Attributions

Les CAPL donnent un avis sur :
- les refus de titularisation,
- les licenciements,
- les refus de temps partiel ou de télétravail,
- les révisions du compte rendu de l'entretien professionnel,
- les mises en disponibilité,
- les sanctions disciplinaires.

Lorsqu'elle siège en commission restreinte, seuls les membres titulaires (et suppléants éventuellement) qui ont un grade égal ou supérieur à celui du fonctionnaire concerné dans un même sous-groupe, peuvent siéger.

Les CAPL siègent en formation restreinte lorsqu'elles émettent un avis sur les questions suivantes :
- discipline,
- licenciement,
- refus d'autorisation d'un congé pour formation syndicale.

Les CAPL sont décrites dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 10 – CHSCT

Composition

A – Membres avec voix délibérative :

- le directeur (ou son représentant) qui assure la présidence du CHSCT,
- une délégation du personnel qui comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants. Elle comprend 6 représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes, désignés par les organisations syndicales et 1 représentant des médecins, pharmaciens ou odontologistes, désigné par la CME en son sein ;

B – Membres à voix consultative :

- le médecin du travail,

- le directeur des achats, des services techniques et logistiques,
- l'ingénieur, ou à défaut, le technicien en charge de l'entretien des installations,
- le directeur des soins,
- un représentant de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

L'inspecteur du travail est destinataire des ordres du jour et peut assister aux réunions du CHSCT.

L'ingénieur du département des risques professionnels de la CRAM est également convié aux réunions du CHSCT.

Le président du CHSCT peut se faire assister par d'autres collaborateurs de son choix.

Le CHSCT peut faire appel à titre occasionnel au concours de toute personne de l'établissement qui lui paraît qualifiée. Ces membres occasionnels ne sont présents en séance que sur le sujet pour lequel ils sont entendus et doivent quitter la séance avant le vote ou pour les débats relevant d'un autre point de l'ordre du jour.

La liste nominative des membres du CHSCT (CHSCT Composition) est installée sur Ennov Doc et figure dans l'annuaire téléphonique interne de l'établissement.

Président

Le CHSCT est présidé par le directeur de l'établissement ou son représentant.

Attributions

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

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

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

Le CHSCT procède, à intervalles réguliers, à des inspections ; leur fréquence est au moins égale à celle des réunions ordinaires du comité.

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

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

Si un membre du CHSCT constate l'existence d'un danger grave et imminent par l'intermédiaire d'un salarié qui a fait usage du droit de retrait, il doit en aviser le président et consigner ses constatations sur un registre spécial, en précisant les mentions suivantes :
- l'indication du ou des postes concernés,
- le nom du ou des salariés exposés,

- les nature et cause du danger.

Cet avis est daté et signé. Le registre est conservé à l'accueil standard. Il est accessible, sur demande, aux membres du CHSCT.

Le président prend les mesures nécessaires et donne les instructions pour permettre aux agents d'arrêter leur activité et de se mettre en sécurité en quittant immédiatement le lieu de travail afin d'éviter que toute situation de danger grave et imminent n'entraîne un accident de travail ou une maladie professionnelle.

Le CHSCT est décrit dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

-
II – Organisation médicale et soignante
-

<u>Références textuelles ou bibliographiques</u> :
- Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux GHT et à la médicalisation des décisions à l'hôpital
- Accords du Ségur de la santé signés le 13 juillet 2020
- Loi n° 2019-828 du 06 août 2019 de transformation de la fonction publique
- Loi n° 2019-474 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, intégrée dans le plan Ma Santé 2022
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'HPST
- Code de la santé publique
- Code de déontologie médicale
- Guide "La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre" (ANAP - novembre 2010)

- Avenant n° 5 convention constitutive GHT Cœur Grand Est 20 décembre 2019

Article 11 – Référence au code de déontologie

Le praticien doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent. Il est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances. Il doit veiller, avec son équipe, à l'information de la personne hospitalisée et garantir le secret médical.

Conformément à l'article 95 du code de déontologie, le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

Article 12 – Organisation de l'établissement en pôles

Article 12.1 – Pôles territoriaux

La mise en place de pôle inter-établissements vise à installer un dispositif de gouvernance fondé sur des organisations médicales transversales et coordonnées. Elle facilite le travail en commun des praticiens au niveau du territoire. Elle permet d'identifier les responsables, médicaux et paramédicaux, travaillant de manière concertée pour faire vivre les filières de soins au sein du territoire et mettre en œuvre le projet d'établissements du GHT.

Définition et périmètre

Le GHT est organisé en pôles territoriaux. Ces pôles se substituent à compter du 1er janvier 2020 aux pôles des établissements. L'organisation est définie comme suit :

- une fédération de psychiatrie regroupant deux pôles territoriaux de psychiatrie (52 et 55) pour l'ensemble des activités de psychiatrie et de pédopsychiatrie ;
- une fédération de médecine regroupant les pôles territoriaux de médecine :
  = le pôle de médecine métabolique regroupant notamment les activités de médecine interne, médecine polyvalente, HAD, diabétologie, néphrologie et de dialyse,
  = le pôle de médecine vasculaire regroupant notamment les activités de cardiologie, de neurologie et de neuro-vasculaire,
  = le pôle de gastro-entérologie, pneumologie, oncologie médicale, soins palliatifs et traitement de la douleur ;
- un pôle territorial femme-enfant regroupant les activités de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie ;
- un pôle territorial chirurgie, anesthésie, réanimation, surveillance continue, regroupant les activités de chirurgie ortho-traumatologique, de chirurgie viscérale, de chirurgie ORL, de chirurgie vasculaire, d'ophtalmologie, d'odontologie, d'urologie, d'anesthésie, de réanimation et de surveillance continue ;
- un pôle territorial urgences et santé publique, regroupant notamment les activités des services d'urgence, des SMUR, du SAMU, des CLTV, des PASS et les activités médico-judiciaires ;

- un pôle territorial biologie ;
- un pôle territorial pharmacie, hygiène, imagerie ;
- un pôle territorial gériatrie et rééducation regroupant les activités de la filière gériatrique et de soins de rééducation ;
- un pôle territorial médico-social regroupant notamment les activités à caractère médico-social, telles que les EHPAD, USLD et SSIAD.

Les pôles territoriaux se composent de services territoriaux dont le périmètre est défini par le directeur général, sur proposition du chef de pôle, après concertation du comité stratégique.

Les services des établissements sont maintenus, mais deviennent des unités s'intégrant dans les services territoriaux. Les unités locales sont définies dans chaque établissement conformément à la réglementation.

Missions du chef de pôle

Le chef de pôle assure une animation territoriale en lien avec les orientations du PMP. Ces missions sont :

- l'organisation du pôle territorial et des parcours de soins en application du PMP ;
- la coordination de la mise en œuvre du projet GHT (notamment le PMP) et de son évaluation ;
- la responsabilité et l'arbitrage des moyens délégués ;
- la garantie de la qualité et de la sécurité des soins ;
- la définition de la politique de formation, dans le cadre des orientations de la CMG.

Il reçoit délégation du chef d'établissement pour la gestion du pôle et dans le cadre d'un contrat de pôle.

Il rend compte à la CMG.

Il a une autorité fonctionnelle sur les personnels du pôle.

Il est nommé par décision du directeur du GHT sur proposition du président(e) de la CMG.

Une fiche de poste de chef de pôle territorial est arrêtée conjointement par le directeur du GHT et par le président de la CMG, après avis de la CMG.

Missions du chef de service territorial

Les missions du chef de service territorial sont :

- l'organisation du service territorial et des parcours de soins en application du PMP ;
- la coordination de la mise en œuvre du projet GHT (notamment le PMP) et de son évaluation ;
- la garantie de la qualité et de la sécurité des soins.

Il a une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels du service territorial par délégation et sous l'autorité du chef de pôle territorial.

Il est nommé par décision du directeur du GHT sur proposition du chef de pôle territorial après avis du président de la CMG.

Une fiche de poste de chef de service territorial est arrêtée conjointement par le directeur du GHT et par le président de la CMG, après avis de la CMG.

Cas particulier des fédérations territoriales

En complément des pôles territoriaux, une fédération territoriale peut être créée sur une partie des pôles quand la mise en œuvre du PMP le nécessite. Cette fédération est coordonnée par un praticien hospitalier. Il veille à l'animation des pôles de la fédération dans un esprit consensuel et confraternel.

Le chef de fédération territoriale rend compte à la CMG.

Il a autorité fonctionnelle sur les personnels des pôles composant sa fédération territoriale.

Il est nommé par décision du directeur du GHT sur proposition du président(e) de la CMG.

Article 12.2 – Structures internes aux pôles d'activité clinique ou médico-technique

Les pôles territoriaux peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées.

Les modalités de désignation des chefs de service ou responsables d'unité ou, pour le pôle médico-social et le pôle urgence et santé publique des chefs de pôles locaux, au sein d'un pôle territorial et sur le périmètre de l'établissement sont réalisées selon la procédure suivante :

- Lancement par le chef de pôle territorial en liaison avec le directeur de pôle, après accord du directeur délégué de site et du président de CME d'un appel à candidature interne assorti d'une fiche de poste.
- Les candidats devront transmettre une lettre faisant état de leurs motivations pour le poste concerné ainsi qu'un projet formalisé pour le service ou l'unité visée et présenter le projet devant une commission constituée du chef de pôle territorial et du directeur de pôle et le cas échéant du chef de service territorial.
- L'entretien devra permettre notamment d'évaluer les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être du candidat.
- Après cet entretien, le chef de pôle territorial proposera la nomination du chef de service ou responsable d'unité au binôme constitué du directeur délégué de site et du président de CME.
- La décision de nomination sera signée conjointement par le directeur délégué de site et le président de CME.
- La mise à jour de l'organigramme du pôle territorial relève ensuite d'une décision signée du président du COSTRAT du GHT.

Les responsables des services, de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de 4 ans renouvelable. Dans les 2 mois suivant leur nomination, le directeur propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

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, après avis du président de la CME et du chef de pôle territorial.

Article 13 – Corps médical

Le corps médical (médecins psychiatres, généralistes ou spécialisés) se compose de :
- PH,
- praticiens contractuels,
- praticiens attachés,
- assistants et assistants associés des hôpitaux,
- pharmaciens,
- praticiens attachés associés et praticiens associés,
- internes ou faisant fonction d'internes.

Les conditions de recrutement, les procédures de nomination et les fonctions respectives sont détaillées dans le CSP.

Article 13.1 – Activité libérale

Les PH exerçant au moins 8 demi-journées par semaine sont autorisés à exercer une activité libérale dans les EPS dès lors que l'intérêt du SPH n'y fait pas obstacle ; elle s'effectue sous forme de consultations.

Dans les mêmes conditions, les PH en période probatoire peuvent également exercer une activité libérale.

La demande d'activité libérale est soumise aux instances et doit faire l'objet d'un contrat et d'un contrôle annuel par une commission de l'activité libérale.

Le temps consacré à ces activités est porté sur le tableau de service et ne peut dépasser 2 demi-journées par semaine ; il est compatible avec l'AIG, dans la limite de 2 demi-journées par semaine au total.

L'activité doit être de même nature que l'activité assurée dans le secteur public et le nombre de consultations doit être inférieur à celui effectué au titre de l'activité publique. Les honoraires sont perçus par le praticien (dans ce cas, il reverse une redevance) ou par l'hôpital directement qui reversera au praticien.

Article 13.2 – AIG

Les PH peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé, consacrer 2 demi-journées par semaine pour les praticiens exerçant à temps plein et 1 demi-journée par semaine pour les PH exerçant 8 à 9 demi-journées par semaine à des activités extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés assurant une ou plusieurs des missions définies à l'article L.6112-1 du CSP dès lors que l'activité envisagée concerne l'une desdites missions ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. Cette activité peut donner lieu à rémunération. Une convention entre l'établissement de santé et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé.

Article 14 – Pharmacie

La gestion de la PUI du CHHM est assurée par le GCS Nord Haute-Marne qui regroupe également le CH de Saint-Dizier, le CH de Joinville et la Clinique François 1er de Saint-Dizier et par un pharmacien désigné par l'administrateur du GCS Nord Haute-Marne.

Les pharmaciens exerçant au sein de la pharmacie doivent exercer personnellement leur profession et peuvent se faire aider par des préparateurs en pharmacie ainsi que par d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont attachés à la pharmacie en raison de leurs compétences.

Ces personnes sont placées sous l'autorité fonctionnelle du pharmacien.

La PUI doit répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement et notamment :
- assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments et autres produits pharmaceutiques ainsi que des dispositifs médicaux stériles, et d'en assurer la qualité ;
- mener ou participer à toute action d'information sur ces produits, ainsi qu'à toute action de promotion ou d'évaluation de leur bon usage, et à toute action de sécurisation du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ;
- mener ou participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

La PUI fonctionne conformément aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

Article 15 – Permanence médicale

La permanence médicale des soins a pour objet d'assurer, pendant toute la semaine, y compris la nuit et les jours fériés, la sécurité et la continuité des soins des patients hospitalisés.

Cette permanence prend la forme d'une liste de gardes et d'astreintes, établie par le chef de pôle territorial, de service territorial ou le médecin responsable de l'unité, incluant les différents types de gardes ou astreintes sur les 2 principaux sites du département en psychiatrie et en médecine générale. Cette liste prend en compte la gestion des congés de toute nature auxquels peut prétendre tout praticien.

Les listes de garde sont diffusées par la cellule affaires médicales à l'encadrement, aux AMA et à l'accueil standard qui est en charge d'appeler les personnes concernées.

Article 16 – Visites médicales

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu en tant que de besoin. Elles sont organisées sous la responsabilité des médecins chefs de pôle d'activité.

Dans la mesure du possible, les visites ont lieu le matin et doivent être terminées avant le déjeuner des malades.

Article 17 – Psychologues

Les psychologues conçoivent, élaborent et mettent en œuvre des actions préventives et curatives à travers la conduite d'entretiens individuels ou collectifs. Ils prennent en compte

l'état psychique des individus et des groupes afin de promouvoir l'autonomie de la personne.

Ils exercent leur fonction dans le cadre des structures intra et extra-hospitalières.

Article 18 – Service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Le service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques regroupe, au sein de l'établissement, l'ensemble des personnels qui participent à la mise en œuvre des soins et des accompagnements. Il est dirigé par un directeur des soins, coordonnateur général des soins, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur général du CNG.

Des cadres supérieurs de santé et des cadres de santé coordonnent au sein du pôle ou du service dont ils ont la charge, sous l'autorité du directeur des soins, l'organisation et la mise en œuvre des soins ; ils en assurent l'animation et la gestion. Ils participent également à l'encadrement et à la gestion des personnels infirmiers, médico-techniques, de rééducation, éducatifs et d'animation.

Les personnels sont répartis en 4 filières :
- filière infirmière : infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques et agents des services hospitaliers,
- filière de rééducation : ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes et diététiciennes,
- filière médico-technique : préparateurs en pharmacie hospitalière,
- filière socio-éducative : moniteurs éducateurs, éducateurs spécialisés et assistants socio-éducatifs.

Article 19 – Services de garde

Il est organisé au sein de l'établissement des services de garde au niveau administratif, paramédical et technique :
- la garde administrative est destinée à garantir la présence permanente d'une autorité reconnue comme responsable devant la loi ; elle permet de répondre à l'urgence et d'assurer la continuité du fonctionnement des services de l'établissement. Le directeur organise cette garde avec l'équipe de direction et d'autres collaborateurs de catégorie A ou B du statut de la FPH ;
- la garde paramédicale s'organise de la même manière afin de garantir en permanence la continuité et la sécurité des soins ;
- la garde technique est destinée à répondre aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire afin d'assurer la sécurité du fonctionnement de l'établissement.

Les listes de garde sont diffusées par la DRH à l'encadrement et à l'accueil standard qui est en charge d'appeler les personnes concernées.

-
III – Sécurité générale et technique
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'HPST
- Code de la santé publique
- Code pénal
- Code de la route
- Note d'information du 2 octobre 2014 : interdiction de vapoter dans l'enceinte des bâtiments du CHHM
- Note de service du 16 mars 2011 : application de la loi interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public
- Note d'information du 30 janvier 2007 : interdiction de fumer dans les lieux publics à compter du 1er février 2007
- Note d'information du 30 mai 2006 : interdiction d'utiliser le téléphone portable aux personnes hospitalisées, aux familles et aux visiteurs

- Intervention médialtique, commerciale auprès d'un usager : autorisation du directeur (QUA-F-0413)
- Politique de sécurité des Systèmes d'Information GHT : Règles générales communes applicables à tout système d'information
- Politique générale pour la protection des données
- Système informatique : procédure d'accès (QUA-I-0063)

Article 20 – Nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité de fonctionnement) ont pour but de limiter les risques accidentels ou intentionnels susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le directeur édicte ces règles par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux de droit. Il veille au respect des règles de sécurité du fonctionnement de l'hôpital et coordonne leur mise en œuvre.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'hôpital, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

Article 21 – Sécurité générale – accès dans l'établissement

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du directeur qui veille aussi à ce que les tiers, dont la présence au sein de l'hôpital n'est pas justifiée, soient signalés, invités à quitter les lieux et au besoin, reconduits à la sortie de l'hôpital.

Le directeur peut également préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux.

Toute personne, et particulièrement tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant, en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'hôpital, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement.

Tout agent de l'établissement participe, dans la limite de ses moyens et de ses attributions, à la sécurité générale de l'établissement.

En cas de danger potentiel non imminent, et après épuisement des procédures et moyens internes au service, le personnel de l'établissement peut faire appel à l'équipe d'auxiliaires de soins. En cas de danger avéré et imminent, le personnel doit appeler directement les forces de police et prévenir également le directeur et/ou l'administrateur de garde.

Dans le cadre du plan VIGIPIRATE, applicable dans les EPS, il y a lieu d'exercer une vigilance accrue dans l'application des mesures de sécurité à mettre en œuvre dans tous les lieux appelés à recevoir du public.

Article 22 – Sécurité et protection des personnels

Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis de l'établissement et des personnels hospitaliers. Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires. Les victimes de dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur ou son représentant porte plainte pour les dommages subis par l'établissement.

Le CHHM assure en cas de menaces, de violences, de voies de fait, de diffamation ou d'outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leur fonction et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Dans tous les cas, l'établissement assiste et soutient ses personnels dans les démarches entreprises pour la défense optimale de leurs droits.

Article 23 – Rapport avec l'autorité judiciaire

Le directeur ou son représentant informe sans délai le procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance ; il avise l'officier de la police judiciaire compétent en cas de mort violente ou suspecte.

Il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

Tout agent doit coopérer avec le directeur dans l'exercice de ses responsabilités sous réserve du respect du secret médical.

Article 24 – Rapport avec les autorités de police

Le directeur, en sa qualité de représentant légal de l'établissement, a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. En principe, le directeur ou administrateur de garde, décide s'il y a lieu ou non de demander une intervention de police au sein de l'hôpital, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas de danger avéré et imminent, le personnel de l'établissement doit appeler l'équipe des auxiliaires de soins et prévenir les forces de police et sans délai le directeur ou administrateur de garde.

En cas d'enquête d'intervention des autorités de police ou d'enquête de police judiciaire, le directeur ou son représentant doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il doit également être tenu informé par les services de soins, sans délai, de toute demande adressée à ses services par les autorités de police concernant une enquête pénale. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte de la personne hospitalisée (*cf. annexe 1*) et d'une manière générale des droits des citoyens.

Article 25 – Dispositions communes aux usagers et aux personnels

Article 25.1 – Interdiction de dissimuler le visage dans l'espace public

La l**oi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010** pose le principe d'une interdiction générale de la dissimulation du visage dans l'espace public, son article 1er énonçant à cet effet que « *nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage* ».

A compter du 11 avril 2011, les agents chargés d'un service public, qui pouvaient déjà être conduits à demander à une personne de se découvrir ponctuellement, pour justifier de son identité, seront fondés à refuser l'accès au service, à toute personne dont le visage est dissimulé.

La règle, définie par la loi précitée et la circulaire du 2 mars 2011, s'applique dans tous les services du CHHM, qu'il s'agisse d'un service administratif (par exemple, le service des admissions) ou d'un service de soins. Elle s'applique de la même façon à une personne qui vient rendre visite à un patient en dissimulant son visage.

Les tenues destinées à dissimuler le visage sont celles qui rendent impossible l'identification de la personne. Sont notamment interdits les ports de cagoules, voiles intégraux (burqua, niqab...), masques ou tout autre accessoire ou vêtement ayant pour effet, pris isolément ou associé avec d'autres, de dissimuler le visage.

En cas de refus d'obtempérer, l'agent, ou son chef de service, doit faire appel aux forces de police ou de gendarmerie nationale qui peuvent seules constater l'infraction, en dresser procès-verbal et procéder, le cas échéant, à la vérification de l'identité de la personne concernée.

Le refus d'accès au service ne pourra faire l'objet d'aménagements que pour tenir compte de situations particulières d'urgence, notamment médicales.

Article 25.2 – Interdiction de fumer

Aux termes de l'article R.3511-1 du CSP, les lieux fermés et couverts des établissements de santé sont soumis à une interdiction totale de fumer. Cette interdiction s'applique à l'ensemble des personnels, aux patients, aux résidents et à leur entourage ainsi qu'à toute autre personne se trouvant au sein de l'établissement. Le non respect de cette interdiction expose son auteur à une amende de 68 euros (3ème classe) prévue à l'article R.3512-1 du CSP. Les membres du personnel sont, de plus, passibles de sanctions disciplinaires.

En conséquence, les personnes qui souhaitent fumer (y compris les patients) devront impérativement le faire à l'extérieur des bâtiments.

Aucune dérogation aux présentes dispositions ne sera tolérée.

Bien que les chambres des personnes accueillies dans les structures de type EHPAD, USLD ou MAS soient assimilables à des espaces privatifs, il est également interdit pour les résidents de ces services de fumer dans les lits et les chambres et ce par respect des patients non fumeurs et pour une obligation de sécurité et de prévention des risques incendie.

Les personnes fumant au sein de l'établissement sont tenues de veiller à respecter la propreté des lieux dans lesquels elles se trouvent (déposer les mégots dans les cendriers adaptés).

Par mesure de prévention à l'égard des autres personnes, il est par ailleurs interdit d'utiliser la cigarette électronique dans les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail.

Article 25.3 – Interdiction d'introduire de l'alcool ou des produits illicites et dangereux

L'introduction et la consommation d'alcool et de produits illicites au sein des unités de l'établissement sont strictement interdites et donneront lieu au recours des forces de police. Il en est de même pour les matières et armes ou objets dangereux.

Toute substance illicite détenue par une personne hospitalisée fera l'objet d'une saisie pour remise aux autorités judiciaires concernées.

Article 25.4 – Interdiction d'introduire des animaux domestiques

L'introduction d'animaux domestiques est interdite au sein des services de l'hôpital à l'exception des chiens guides d'aveugles et ceux intégrés dans un protocole thérapeutique.

Article 25.5 – Interdiction d'accès aux démarcheurs, journalistes, agents d'affaires

Le personnel a le devoir d'exclure immédiatement de l'établissement les journalistes, photographes, démarcheurs et agents d'affaires qui pénétreraient sans autorisation du directeur ou de son représentant dans les services et chambres dans l'intention d'y exercer leur activité.

Aucune photo de patient ou de locaux ne peut être prise par des personnes extérieures à l'établissement sans le consentement des personnes concernées ou de leurs représentants et l'autorisation de la direction (« Intervention médiatique, commerciale auprès d'un usager : autorisation du directeur (QUA-F-0413) ».

Article 25.6 – Interdiction d'utiliser le téléphone portable pour filmer, photographier ou enregistrer des patients

Afin de préserver le droit à l'image, il est formellement interdit d'utiliser les téléphones portables ou autres équipements pour filmer, photographier ou enregistrer des personnes prises en charge au sein d'un service.

Article 26 – Sécurité incendie

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des usagers et des personnels fréquentant le CH.

L'hôpital est assujetti aux règles de sécurité incendie applicables aux établissements recevant du public.

L'établissement tient un registre de sécurité par site sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, notamment des incendies ; il est présenté à la commission de sécurité lors de ses passages au sein de l'hôpital.

Un plan d'organisation incendie et des procédures de sécurité ont été mises en place au sein de l'établissement ; ces consignes sont disponibles dans chaque service et doivent être impérativement respectées en cas d'incendie.

Les personnels de l'établissement sont quant à eux tenus de suivre les formations à la sécurité incendie qui leur sont proposées et de participer aux exercices pratiques de sécurité qui sont organisés sur site.

Article 27 – Sécurité routière

Article 27.1 – Circulation réglementée

Les dispositions du code de la route, matérialisées par la signalisation adéquate, sont applicables dans l'enceinte de l'établissement.

La vitesse y est limitée à 30 km/h.

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

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait engager la responsabilité de l'établissement en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicule ou de dégradations.

Le directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules afin d'assurer le fonctionnement du service public.

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

Tout contrevenant aux dispositions signalées s'expose à des sanctions.

Article 27.2 – Stationnement

Le stationnement est interdit en dehors des emplacements matérialisés. Des places de stationnement sont réservées à certains personnels.

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

Les places réservées aux personnes handicapées ne doivent pas être détournées de l'usage prévu.

Le directeur ou son représentant est fondé à faire appel aux forces de police, à la fourrière ou à faire déplacer lui-même, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du SPH.

Le CHHM n'assume pas la responsabilité des dégradations que subiraient les véhicules à l'occasion d'opérations d'enlèvement effectuées par des entreprises ou organismes extérieurs.

Tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave sera enlevé dans les mêmes conditions après que son propriétaire en aura été avisé par lettre recommandée avec avis de réception.

Article 27.3 – Respect des prescriptions en matière de circulation et de stationnement

Les auxiliaires de soins sont chargés du respect des prescriptions énoncées ci-dessus.

Le refus opposé par un membre du personnel à leurs injonctions est susceptible d'entraîner des poursuites disciplinaires.

Article 28 – Sécurité numérique

Le développement rapide des traitements de données dématérialisées et numériques et leur maîtrise contribuent fortement à l'amélioration de notre système de santé. Il expose aussi l'établissement à de nombreuses menaces nouvelles, et la réglementation impose la mise en œuvre de moyens de sécurité appropriés pour protéger les données traitées.

Ces moyens de sécurité sont tout autant de nature organisationnelle que de nature technique. La sécurité numérique est par conséquent de la responsabilité de chacun, utilisateur des outils numériques comme informaticiens.

Les politiques de protection des données de l'établissement accompagnent ces évolutions. Elles fixent les principes, l'organisation et les règles pour un haut niveau de confiance de l'ensemble des acteurs et usagers.

Les utilisateurs des ressources numériques (informatique, téléphonie, vidéo, etc) du CH sont tenus :

- d'appliquer les dispositions de la « Politique générale pour la protection des données » du GHT Cœur Grand Est et de son corpus documentaire, notamment des documents traitant de la sécurité des systèmes d'information (politiques, chartes, règles, procédures...) ;

- d'appliquer la charte d'utilisation des ressources numériques (i.e. charte des utilisateurs ou charte informatique) (« Système informatique : procédure d'accès (QUA-I-0063) » ;

- d'appliquer le cas échéant la « Charte des administrateurs techniques et métiers » du GHT ;

- d'appliquer les bonnes pratiques promues par l'établissement en matière de sécurité des systèmes d'information et de cybersécurité (notes d'information, guides, fiches réflexes...) ;

- d'utiliser les droits d'accès (systèmes, applications, informations, réseaux et moyens de communication) aux seules fins pour lesquelles ces droits leur ont été octroyés ;

- de protéger contre toute utilisation illicite, notamment divulgation, les moyens d'identification et d'authentification qui leur ont été confiés ou placés sous leur responsabilité (codes, mots de passe, dispositifs de sécurité) ;

- d'accéder au système d'information par les seuls moyens et procédures validés par l'établissement ;

- de contribuer à la protection des informations, du savoir-faire et des moyens de sécurité contre toute menace (vol, divulgation, accès, malveillance),

- d'informer le RSSI de toute vulnérabilité ou incident de sécurité décelés, ou infraction à la politique de sécurité ou à ses règles d'application, par courriel à l'adresse : cybersecurite@ght-coeurgrandest.fr.

-
IV – Qualité et Sécurité des Soins
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'HPST
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Code de la santé publique
- Code du travail

- Règlement de fonctionnement de la CQSS (QUA-I-0166)
- Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101)
- "Plan blanc" et gestion de crise (QUA-I-0003)

Article 29 – Politique QSS

Orientée vers la satisfaction du patient et l'implication des usagers à leurs prises en charge, la politique QSS du CHHM vise à l'amélioration continue des pratiques professionnelles de façon efficiente et pertinente.

Cette politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins se traduit par un engagement constant, collectif et individuel de tous les professionnels. En réponse au cadre juridique et réglementaire qui s'impose aux Etablissements de Santé dans le cadre de la certification et de la nouvelle gouvernance, elle est définie au niveau stratégique dans le projet d'établissement, qui concourt à « l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ».
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a pour finalité de développer une culture de la qualité et de la prévention des risques dans les pratiques quotidiennes des personnels. Ses engagements sont conformes au projet médical et au projet de soins actualisés, dont les principaux axes se traduisent par des objectifs et des réalisations concrètes qui figurent au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cet engagement fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation.
Cette politique est élaborée par le directeur en concertation avec le président de la CME et le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les objectifs de la politique QSS :

- Garantir et améliorer la sécurité des soins : « Dépasser la culture de la faute pour développer une culture de la sécurité ».
- Créer dans l'établissement une synergie des compétences dans un partage de valeurs professionnelles et humaines collectives.
- Développer la culture qualité et gestion des risques dans les différentes activités pour et autour du patient et du résident, en favorisant la démarche d'évaluation de pratiques et la culture du signalement.
- Promouvoir la connaissance et le respect des droits du patient.
- S'inscrire dans une démarche de promotion de la bientraitance tout au long du parcours des patients, valeur commune forte qui sert de fil conducteur au projet d'établissement et vise à donner une identité reconnue par tous au sein de l'hôpital et sur le territoire.
- Favoriser la qualité de vie au travail et la sécurité des personnels dans leurs activités dans le cadre des missions du CHSCT.
- Se conformer aux exigences légales et réglementaires, dans le champ des sécurités sanitaires et répondre aux engagements contractés avec l'ARS.

Cela est possible avec :

Une meilleure accessibilité à la base documentaire par la mise en place d'une GED régulièrement actualisée.

Des EPP par la réalisation d'évaluations de pratiques sur des axes de prise en charge choisis, sur des vigilances, des thématiques paramédicales identifiées, ainsi que sur des pratiques logistiques ou managériales et l'implication des professionnels dans cette démarche par l'intermédiaire d'un groupe d'auditeurs internes pluri professionnels et multi disciplinaires.

Le développement de l'analyse des risques *a priori* avec l'identification, l'analyse et la réduction des risques sur les activités « à risque » et les filières de prise en charge.

Le développement de l'analyse des risques *a posteriori* coordonnée par la cellule gestion des risques afin d'identifier les risques récurrents, de développer des dispositifs qui

sécurisent les prises en charge et ainsi de s'inscrire dans une démarche de maîtrise du risque identifiée.

Un dispositif de surveillance sanitaire avec notamment la coordination des sécurités sanitaires et des vigilances.

Le développement d'une culture de sécurité des soins par une communication institutionnelle portant sur la formation des professionnels et sur l'intérêt et la visibilité des axes de travail au sein de l'établissement.

Le développement des compétences professionnelles, et la vigilance apportée aux conditions de travail par le développement d'une culture du risque au travail qui fait partie du projet social.

Les axes prioritaires de la politique QSS :

Le projet d'établissement, et en particulier le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico technique, fait écho à cette politique qu'il décline au travers des axes et des objectifs d'amélioration des prises en charge au sein de différentes filières de soins et dans le cadre de l'offre de soins. En parallèle, les projets des pôles s'inscrivent, avec ce projet médico-soignant, dans une démarche qualité sécurité de soins. La politique QSS associe ainsi les professionnels paramédicaux représentés par le président de la CSIRMT.

Cette démarche est ainsi concrétisée à plusieurs niveaux :

- les axes du projet médico-soignant ;
- les travaux de la CME et de la CSIRMT ;
- les contrats de pôles au travers d'objectifs et d'indicateurs fixés par le directeur ;
- la définition des processus institutionnels déclinés en cartographie des risques permettant la mise en place du PAQSS ;
- les EPP : cartographies, retours d'expérience, revues de mortalité-morbidité, revues de pertinence … ;
- l'analyse et le suivi des tableaux de bord ;
- les travaux de la CDU ;
- les travaux du CHSCT.

Afin de permettre le passage d'une démarche qualité répondant aux exigences réglementaires à l'intégration d'une culture qualité et de sécurité au quotidien, un **Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)** est proposé par la CME.

Article 30 – Organisation du management stratégique de la QSS

Le centre hospitalier a identifié 4 niveaux permettant le management de qualité et de la gestion des risques :

- Le niveau décisionnel : CME et direction.
- Les instances pour avis : CS, directoire et CTE.
- Les acteurs du pilotage/coordination : CQSS.
- Le niveau opérationnel : cellule qualité, cellule de gestion des risques, équipes opérationnelles.

Article 30.1 – Le pilotage et la coordination

La CME pilote la démarche qualité et de gestion des risques et définit la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La CQSS valide le PAQSS qui permet de mettre en œuvre les orientations de la politique.

1 – La CQSS

Sa composition

Président : Directeur, ou son représentant
Vice président : Président de la CME
Un praticien hospitalier gériatre
Un pharmacien
Coordinatrice générale des soins et de la qualité GHT
Directrice des soins et de la qualité
Médecin CGRAS
Responsable qualité
Référent qualité
Assistante qualité
Responsable de la direction des usagers
Représentant des usagers
Chefs des services territoriaux de site
Cadres supérieurs de santé des services territoriaux de site
Cadres de pôles territoriaux
Vigilants sanitaires

Sa composition (CQSS - Composition) est consultable sur Ennov Doc.

Ses missions

- Définir, coordonner et contribuer à l'élaboration de la politique qualité et gestion des risques et s'assure de son déploiement (politique et programme).
- Promouvoir la culture « qualité et gestion des risques » à travers la mise en œuvre et le suivi des démarches d'analyse des risques a priori et a posteriori.
- Définir, proposer et suivre le programme d'EPP et les axes de formation, d'amélioration qui en découlent
- Assurer l'accompagnement de la certification HAS (préparation, organisation, communication et suivi), et des démarches d'évaluations externes (EHPAD) ainsi que le suivi des indicateurs IPAQS
- Définir, mettre en œuvre et assurer la stratégie de communication interne et externe concernant la qualité et la gestion des risques, en collaboration avec la cellule de communication institutionnelle.
- Proposer le PAQSS, réaliser le bilan annuel et le réactualise.

Ses réunions

Elle se réunit 4 fois par an.

La CQSS a son propre règlement de fonctionnement (« Règlement de fonctionnement de la

CQSS (QUA-I-0166) ») et son organisation est décrite dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 30.2 – L'opérationnalité

1 – La cellule qualité / bureau de la CQSS

Ses missions

La cellule qualité a vocation principale d'assurer une pérennité du management par les processus promus par la certification. Elle compose le bureau de la CQSS.

- Elle prépare et organise les réunions de la CQSS en fonction des thématiques abordées mensuelles.
- Elle définie les priorités en matière d'assurance qualité (audits, évaluations) et coordonne les actions à mettre en place.
- Elle assure le pilotage de la procédure de certification de la HAS avec l'ensemble des pilotes de thématiques.
- Elle assure la coordination et le suivi des actions d'amélioration.
- Elle organise la mise en place des groupes de travail sur les processus et les chemins cliniques.
- Elle garantit une meilleure maîtrise des interfaces entre les processus et une coordination des plans d'amélioration entre les pôles et les équipes opérationnelles.
- Elle valide l'ensemble des démarches qualité.
- Elle assure le suivi et la mise à jour des informations dans Calista.
- Elle est le soutien méthodologique des différents acteurs.

Ses réunions

Elle se réunit toutes les semaines et de manière plus soutenue selon les projets en cours. Les différents membres de la cellule qualité interviennent dans les groupes de travail organisés dans le cadre de la formalisation et du suivi du PAQSS.

2 – La cellule gestion des risques

Ses missions

- Développer les connaissances, la culture et la communication sur la gestion des risques *a priori* et *a posteriori* sur l'établissement.
- Coordonne les vigilances.
- Renforce le rôle des pilotes de risque à travers un soutien méthodologique du CGRAS.
- Coordonne la réalisation de la cartographie des risques.
- Conforte et harmonise la gestion des évènements indésirables.
- Sécurise le circuit du médicament.
- Mise en œuvre les actions d'améliorations liées à la réalisation de la cartographie des risques, coordonne le suivi des plans d'actions.
- Déploie les CREX dans l'établissement en priorisant les secteurs à risques.
- Définit les indicateurs : tableau de bord et suivi des indicateurs.
- S'assure des actions de formation et de communication.

- Propose à la CQSS un programme de prévention et de gestion des risques.

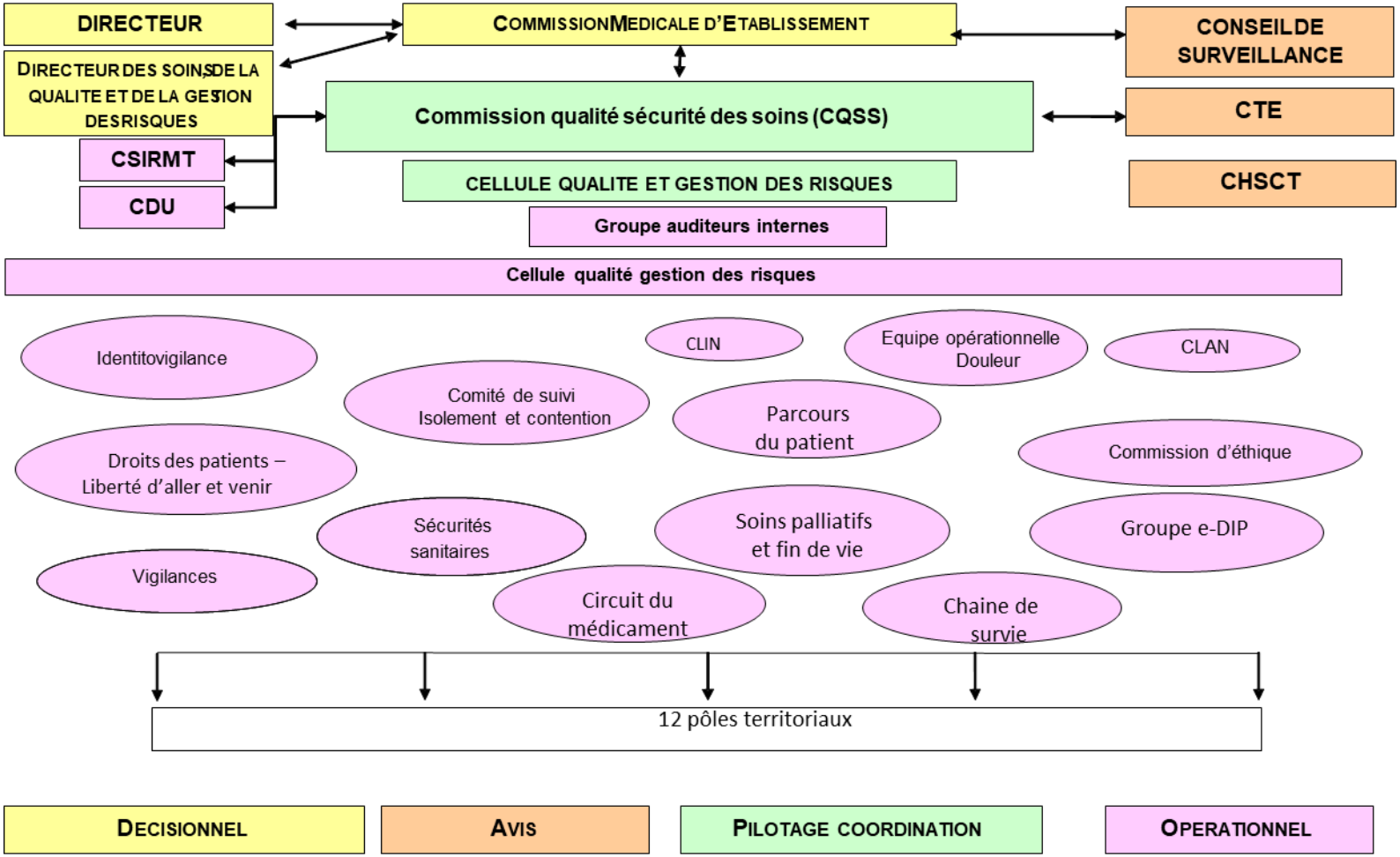
Un membre de la cellule gestion des risques apporte son expertise dans le cadre de l'organisation, de la réalisation et du suivi des plans d'actions des cartographies, CREX, RMM et EPP.

Son fonctionnement s'appuie

- Sur le **coordinateur médical de la gestion des risques associés aux soins** avec un rôle d'information et d'appui auprès de ses collègues.
- Sur le **RSMQPECM** qui a pour rôle la mise en œuvre du plan d'action lié à la cartographie des risques *a priori* du médicament et l'analyse des événements indésirables en lien avec le circuit du médicament ou la prescription médicamenteuse.
- Sur les **CREX.**
- Sur les **RMM,** en complément des CREX, afin d'étendre l'analyse des causes approfondies des événements indésirables graves.

Ses réunions

La cellule qualité et la cellule gestion des risques assurent conjointement la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme des EPP et des audits sur l'établissement.


DIRECTEUR
COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT
CONSEIL DE SURVEILLANCE
DIRECTEUR DES SOINS, DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES
Commission qualité sécurité des soins (CQSS)
CTE
CSIRMT
CDU
CELLULE QUALITE ET GESTION DES RISQUES
CHSCT
Groupe auditeurs internes
Cellule qualité gestion des risques
Identitovigilance
CLIN
Equipe opérationnelle Douleur
CLAN
Comité de suivi Isolement et contention
Parcours du patient
Droits des patients – Liberté d'aller et venir
Commission d'éthique
Sécurités sanitaires
Soins palliatifs et fin de vie
Groupe e-DIP
Vigilances
Circuit du médicament
Chaine de survie
12 pôles territoriaux
DECISIONNEL
AVIS
PILOTAGE COORDINATION
OPERATIONNEL

|}

Directeur - Président de la CME - Directeur de la qualité/GDR
Décident conjointement de la politique d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins proposée par la **CME** ; Mettent à disposition du directeur de l'ARS le programme d'actions et le rapport annuel.

Directoire *Est concerté sur* la politique

Service Qualité/GDR
Coordonne et centralise toutes les informations nécessaires à la définition de la politique ; Met en place et développe la démarche Q/GDR ; Assure le soutien méthodologique et accompagne les pôles ; Coordonne la gestion documentaire ; Pilote les programmes d'audits, traite les résultats et alimente les tableaux de bord de pilotage ; Assure la veille réglementaire dans le champ des démarches Q et GDR ; Etablit un plan de formation spécifique et assure les formations Q/GDR.

CQSS
(Sous-commission CME)

Contribue à l'élaboration de la politique qualité et gestion des risques et s'assure de son déploiement ; Veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement ; Propose le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) ; Réalise le bilan annuel et réactualise le PAQSS ; Assure la communication interne et externe ; Propose les axes de formation prioritaires.

CS *Emet un avis* sur la politique

CTE *Est consulté sur* la politique

CRUQ *Contribue à* l'élaboration du programme d'actions

Cellule qualité/ Bureau CQSS

Met en œuvre la politique qualité et le suivi du PAQSS ; Pilote et suit la démarche de certification ; Complète et suit le compte qualité ; Coordonne la mise en œuvre du programme **avec les équipes opérationnelles (EO) et les groupes de travail** ; Organise les réunions de la CQSS.

Cellule Gestion des Risques

Recueille et analyse les EI ; Coordonne et suit l'analyse des EI et les plans d'actions avec les EO et les pôles.

CSIRMT *Donne son avis* sur la politique et *contribue à* l'élaboration du programme qualité

Les EO Déclinent le programme d'actions dans son domaine d'activité ; Formalisent les bonnes pratiques et mettent en œuvre leur évalustion ; Identifient les besoins en formation des professionnels ; Analysent les EI ; Réalisent une veille de la réglementation et des recommandations ; Etablissent un plan d'actions qui prend en compte les résultats des évaluations, indicateurs et bilans… qu'elles présentent en CQSS.

Les trinômes de pôle Déclinent la politique qualité au sein du pôle ; Mettent en œuvre le PAQSS au sein du pôle ; S'assurent de la représentativité du pôle dans les équipes et groupes opérationnels.

Article 31 – Management opérationnel de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux

L'arrêté modifié du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la PECM et aux médicaments dans les établissements de santé matérialise l'engagement d'améliorer la qualité de la PECM. Il favorise l'élaboration et la mise en œuvre, par les établissements de santé, d'une PAQSS, ainsi qu'une gestion avérée des risques.

Article 31.1 – Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPCEM)

Le RSMQ est assujetti aux règles de fonctionnement de l'établissement fixées par la direction.

Le directeur de l'établissement lui délègue l'autorité et lui alloue les moyens nécessaires pour l'exercice de ses missions, lui permettant ainsi de superviser et vérifier l'application et l'efficacité du système défini, et de le faire évoluer.

En tant que RSMQPECM :

- il s'assure que ce système est défini, mis en œuvre et évalué,
- il rend compte à la direction et à la CME du fonctionnement de ce système,
- il propose à la direction et à la CME les améliorations du système de management de la qualité qu'il estime nécessaires,
- il constitue et préside le comité de pilotage relatif au management de la qualité de la PECM,
- il est garant de la maîtrise du système de gestion documentaire,
- il s'assure que l'analyse des risques, *a priori*, est réalisée et qu'elle a donné lieu à l'élaboration de procédures ou de modes opératoires destinés à minimiser les risques identifiés,
- il s'assure qu'une organisation définie est en charge de l'analyse des événements indésirables, erreurs médicamenteuses ou dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse, avec des procédures intégrées au système documentaire ; il aide à la sensibilisation des professionnels à la déclaration des erreurs intervenant sur la PECM,
- il fixe un échéancier de réalisation des actions d'amélioration proposées avec identification des responsabilités associées à leur mise en œuvre et des indicateurs d'évaluation de leur efficacité,
- il participe au suivi des indicateurs du CAQES,
- il propose et assure le suivi des EPP relatives à la sécurisation du circuit du médicament,
- il contribue à la mise en place de formations destinées aux professionnels acteurs sur les différentes étapes de la PECM,
- il présente à la CME ou la CQSS le bilan annuel des actions d'amélioration mises en œuvre et l'évaluation de leur efficacité.

Article 31.2 – L'EOM et dispositifs médicaux (EOM) (sous-commission de la CQSS)

L'équipe organise la mise en œuvre de la politique du médicament et des dispositifs médicaux.

Elle participe :

- à la communication sur les actualités des produits pharmaceutiques ;

- à l'élaboration des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux ;
- à l'approbation ou la validation des protocoles cliniques ;
- au choix de référencement d'un médicament ;
- à l'optimisation du circuit du médicament ;
- à la prévention des erreurs médicamenteuses ;
- à la réalisation des EPP, audits.

L'équipe collabore avec la commission des anti-infectieux, la cellule des gestions des risques et participe au déploiement de l'informatisation du dossier patient.

La prise en charge médicamenteuse du patient est un processus combinant les étapes pluridisciplinaires et interdépendantes visant un objectif commun : l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge en établissement.

La prise en charge se décline selon les étapes suivantes :

* La prescription (y compris la gestion du traitement personnel du patient à l'admission, les vérifications des prescriptions lors des transferts de patients et la prescription de sortie).
* La préparation.
* La dispensation.
* L'approvisionnement.
* Le transport.
* La détention et le stockage.
* L'administration.
* L'information du patient.
* La surveillance du traitement.

La sécurisation de la PCEM du patient est un objectif prioritaire inscrit dans l'ensemble des démarches nationales (tarification à l'activité, certification, CAQES, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens).

De la bonne organisation de ce circuit dépend la prise en charge optimale des patients qui associe la réduction des risques, notamment iatrogènes, et la réduction des coûts des soins.

Article 32 – Gestion de crise / tensions hospitalières

Les risques et menaces auxquelles les établissements de santé ont évolué avec les menaces terroristes, les risques infectieux émergents, les manifestations climatiques aiguës et récurrentes. Au-delà de ces risques extrinsèques, tout établissement peut être confronté à une crise survenant au sein de sa structure avec des pannes d'énergie, incendies, ruptures d'approvisionnement, pannes et attaques numériques, risques liés aux actes malveillants. Tous peuvent compromettre la sécurité des personnes, la qualité et la continuité des soins pour des durées variables.

Pour la gouvernance de l'établissement, le point commun de tous ces risques concerne la capacité d'anticipation et de maîtrise de la situation et des missions de l'établissement : l'élaboration de réponses préventives et réactives adaptées, graduées et opérationnelles, lui permettant de faire face à tous types d'évènements susceptibles de l'impacter, dans des situations pouvant aller de la fragilisation du fonctionnement à des tensions et à la crise.

Dans le cadre d'une politique formalisée et d'une démarche collective, les établissements de santé, en lien avec les ARS, doivent maintenir leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, leur plan de sécurisation d'établissement, leur plan de prévention des atteintes aux personnes et aux biens, en se référant aux guides

méthodologiques élaborés par le ministère de la solidarité et de la santé.

L'établissement est doté d'un plan blanc (« "Plan blanc" et gestion de crise (QUA-I-0003) » afin de :
- maintenir en fonctionnement le système de soins en toutes circonstances,
- assurer la protection sanitaire des populations face aux dangers et menaces nouveaux,
- assurer la protection des malades, résidents et personnels hospitaliers, à l'égard des dangers et menaces résultant de toutes les formes d'agression,
- accueillir les patients des établissements de première ligne et de recours, pour ouvrir des lits aux victimes.

Cette instruction contient notamment le plan local de gestion d'une épidémie - annexe 1, le plan canicule - annexe 2 et le plan NRBC - annexe 3.

-
V – Information médicale
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'HPST
- Loi du 4 mars 2002
- Circulaire DH/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du PMSI et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics
- Code de la santé publique
- Code de déontologie médicale

- Politique dossier patient
- PSSI - Politique Opérationnel - Sécurité du Dossier Patient (QUA-I-0102)
- Dossier du patient : Tenue, contenu et support (QUA-I-0136)
- Dossier patient, mode dégradé : conduite à tenir (QUA-I-0142)
- Accès au dossier médical par un patient (QUA-I-0098)
- Dossier patient : réquisition, « perquisition - saisie » (QUA-I-0170)
- Identification du patient : charte politique d'identitovigilance (QUA-I-0110)
- Identification du patient : création de l'identité du patient (QUA-I-0048)
- Identification du patient : vérification de l'identité du patient (QUA-F-0093)
- Sortie : Lettre de liaison (QUA-I-0149)
- Personne de confiance (QUA-I-0026)
- HAS Annonce dommage associé aux soins Guide
- HAS Annonce dommage associé aux soins 4 pages

Article 33 – Le dossier patient

Le dossier patient est informatisé. Il assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients.

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour un patient accueilli, à quelque titre que ce soit.

La politique institutionnelle du dossier patient est décrite dans « Politique dossier patient ».

L'accès au dossier patient est structuré et sécurisé, cf. instruction « PSSI - Politique Opérationnel - Sécurité du Dossier Patient (QUA-I-0102) ».

Un dossier patient est ouvert pour chaque patient en hospitalisation complète et en ambulatoire, cf. instruction « Dossier du patient : Tenue, contenu et support (QUA-I-0136) ».

Le dossier patient est constitué d'une partie informatisée et d'une partie papier pour les documents comportant une signature.

La partie papier est conservée conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

En cas d'indisponibilité du dossier patient informatisé, il est nécessaire d'adopter un travail en mode dégradé pour assurer la continuité de service et de prise en charge du patient. La conduite à tenir dans ces conditions est décrite dans l'instruction « Dossier patient, mode dégradé : conduite à tenir (QUA-I-0142) ».

Des journées de formation pour les nouveaux arrivants et pour le maintien des compétences sont organisées sous la responsabilité du cadre de santé référent du dossier patient. Les médecins sont formés individuellement et des formations faites par le GIP Symaris sont régulièrement proposées.

Le dossier patient est évalué au travers d'audits.

Le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations et dossiers conservés au sein de l'établissement et que toutes mesures soient prises pour permettre la communication des informations du dossier médical selon les conditions légales et réglementaires en la matière : cf. instructions « Accès au dossier médical par un patient (QUA-I-0098) » et « Dossier patient : réquisition, « perquisition - saisie » (QUA-I-0170) ».

Article 34 – DIM

Un DIM est constitué au CHHM entre tous les pôles et services.

Il est chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement, dans les limites des compétences dévolues au GIM du territoire conformément aux articles R 6113-11-1 à R 6113-11-3 du CSP.

Il est placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier titulaire, placé sous l'autorité fonctionnelle du DIM de territoire conformément à l'article R 6113-11-2 du CSP, désigné par le directeur après avis de la CME. Ce praticien est assisté du technicien chargé de l'information médicale et d'un secrétariat.

Article 35 – Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

L'identification du patient est recherchée à toutes les étapes de sa prise en charge.

La politique d'identitovigilance est décrite dans l'instruction « Identification du patient : charte politique d'identitovigilance (QUA-I-0110) ».

La création de l'identité du patient est décrite dans l'instruction « Identification du patient : création de l'identité du patient (QUA-I-0048) ».

La vérification de l'identité du patient est décrite dans le formulaire « Identification du patient : vérification de l'identité du patient (QUA-F-0093) ».

Article 36 – Les informations médicales

Un dossier est constitué pour chaque patient hospitalisé ou pris en charge par l'établissement.

Le CHHM dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients. Les informations recueillies lors des consultations ou hospitalisations font l'objet, sans opposition justifiée de la part du patient, d'un enregistrement informatique. Ces informations constituent le DIP et sont réservées aux équipes médicales et paramédicales qui interviennent dans le parcours de soins du patient, ainsi que pour les données administratives, au service des admissions.

La continuité des soins est assurée en cas d'indisponibilité du DPI par la mise en place d'un « mode dégradé » avec relais de la prise en charge sur un support papier.

Gestion et harmonisation des dossiers médicaux

Le DIM n'a pas pour fonction de gérer les dossiers médicaux papier ; il peut élaborer l'outil informatique d'archivage. Par contre, le DIM élabore le DIP minimum requis par la législation et la réglementation.

Partage des informations médicales

Le DIM est le garant du respect du partage des informations médicales et de leur accessibilité en conformité avec la loi du 4 mars 2002 et la loi Santé du 26 janvier 2016.

La conservation des dossiers médicaux est réalisée conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

La destruction des dossiers médicaux est prise par le directeur de l'établissement après avis du médecin DIM.

Le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations et des dossiers conservés au sein de l'établissement pour permettre la communication des informations du dossier médical selon les conditions légales et réglementaires en la matière.

Article 37 – Traitement informatique des informations médicales

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de la venue d'une personne hospitalisée dans l'établissement (hospitalisation, consultation) font

l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers.

Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles. Les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ont pour but de veiller au respect de ces principes ; elles prévoient un droit d'accès et de rectification par le malade, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique.

L'établissement doit veiller à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Il applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité.

Article 38 – Le PMSI

Le DIM procède à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du PMSI. Tout médecin est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. La traçabilité des actes médicaux relève de l'obligation professionnelle de chaque praticien.

Il assure également la transmission obligatoire de ces données à l'ATIH.

Conseil et expertise :
Le médecin responsable du DIM peut transmettre au responsable de service médical ou au cadre de l'unité toute information nécessaire à l'analyse de son activité. Le DIM coordonne la formation de l'ensemble des personnels concernés par l'élaboration et par l'utilisation de l'information médicale.

Article 39 – Partage des informations médicales

Article 39.1 – Information du patient

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables et des recommandations de bonnes pratiques établies par la HAS, les médecins de l'établissement assurent l'information des malades. Celle-ci doit être appropriée, accessible et loyale.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. L'information est délivrée au cours d'un entretien individuel. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Les malades sont associés aux choix thérapeutiques qui les concernent. Ils sont informés au préalable de la nature, des bénéfices, des risques et des conséquences que les actes et prescriptions peuvent entraîner. Le malade n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments de son état de santé et en conséquence d'un pronostic le concernant, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

L'établissement est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille.

Toute personne dispose d'un droit d'accès aux informations formalisées le concernant qui sont détenues par l'hôpital à l'exclusion des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique. Ces informations figurent dans le dossier médical constitué pour la personne hospitalisée.

En dehors des informations de nature médicale, les personnes hospitalisées doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins. Toute personne a droit également à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion des activités de soins et sur les conditions de prise en charge.

Article 39.2 – Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou ses ayants droit (si la personne est décédée), ou le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé sur les circonstances et les causes de ce dommage. Cette information lui est délivrée au plus tard dans les 15 jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

Deux documents externes de la HAS, installés dans la base documentaire précisent cette information : « HAS Annonce dommage associé aux soins Guide » et « HAS Annonce dommage associé aux soins 4 pages ».

Elle peut également, si elle s'estime victime d'un préjudice, saisir la CRCI ou CCI.

Article 39.3 – Information concernant les mineurs

Ce sont le ou les titulaires de l'autorité parentale qui peuvent recevoir l'information sur l'état de santé du mineur ou qui ont accès aux informations détenues par l'établissement concernant le mineur. Le mineur a également le droit d'être informé lui-même d'une façon adaptée à son degré de maturité.

Toutefois, une personne mineure hospitalisée à sa demande, en s'opposant expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale, est la seule à pouvoir bénéficier du droit à l'information ; le médecin doit s'efforcer d'obtenir son accord pour l'information de ses parents ou de son tuteur, mais le mineur peut maintenir son opposition.

Les autres dispositions relatives au droit à l'information et à ses modalités d'exercice s'appliquent au mineur sous les réserves suivantes :
- l'intéressé manifestant expressément l'opposition ci-dessus évoquée doit se faire accompagner lors des entretiens et dans ses démarches par une personne majeure de son choix,
- si le mineur accepte l'accès aux éléments de son dossier médical par une personne titulaire de l'autorité parentale, il peut exiger qu'elle s'effectue par l'intermédiaire d'un médecin.

Article 39.4 – Information de la famille et des proches

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des malades dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des malades et leurs familles.

Avec l'accord du malade et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les informations

d'ordre médical (telles que diagnostic et évolution de la maladie) peuvent être données aux membres de la famille, aux proches ou à la personne de confiance par les médecins dans les conditions et limites définies par le CSP et le code de déontologie médicale (en accord avec le patient).

Si le malade a désigné une personne de confiance, et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, celle-ci peut en recevoir communication.

La désignation de la personne de confiance est précisée par l'instruction « Personne de confiance (QUA-I-0026) ».

Article 39.5 – Information du médecin traitant

L'établissement est tenu d'informer le médecin traitant désigné par le malade ou par sa famille de son séjour au sein de l'établissement.

La lettre de liaison est remise au patient au plus tard le jour de sa sortie (« Sortie : Lettre de liaison (QUA-I-0149) ») et envoyée au médecin traitant le jour même. Un double de cette lettre est conservé dans le dossier de la personne hospitalisée.

Article 39.6 – Discrétion demandée par le malade

Le patient peut formuler une demande de non divulgation d'information.

Ainsi, à l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée, par téléphone ou de quelque manière que ce soit, sur le fait qu'ils reçoivent des soins dans l'établissement ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical, telles que diagnostic et évolution de la maladie, ne peuvent être données que par les médecins, dans les conditions définies par le code de déontologie.

Article 40 – Transparence et confidentialité

Le DIM joue le rôle d'un prestataire de services à l'intérieur de l'établissement.

Le DIM est garant de la confidentialité des informations médicales nominatives et de l'application de la loi du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Le médecin responsable du DIM est garant du respect de ces règles comme de celles du code de déontologie.

-
VI – Accueil, Admissions - Dispositions générales et particulières
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, article 17 Article L.3211-12 code de la santé publique (CSP)
- Nouvel article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) dans sa rédaction issue de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (LFSS) Art. 84 et de l'article 41 de la LFSS 2022
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'HPST
- Loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures
- Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Code de la santé publique
- Code de déontologie médicale
- Code de l'action sociale et des familles
- Code de procédure pénale
- Code civil

- Isolement thérapeutique dans un lieu dédié avec ou sans contention : arbre décisionnel et mise en œuvre (QUA-I-0183)
- Isolement thérapeutique dans un lieu dédié avec ou sans contention : mesure exceptionnelle information/sasine JLD (QUA-I-0178)
- Soins psychiatriques pénitentiaires sur décision du représentant de l'Etat (QUA-I-0171)
- Soins psychiatriques sans consentement sur demande d'un tiers (SPDT, SPDTU, PI) : modalités de prise en charge (QUA-I-0025)
- Soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'état ou de l'autorité judiciaire : modalités de prise en charge (QUA-I-0024)
- Consentement et information : patient majeur (QUA-F-0218)
- Consentement et information : patient mineur, parent(s) et/ou tuteur (QUA-F-0217)
- Personne de confiance (QUA-I-0026)
- Directives anticipées (QUA-I-0073)
- Vote par procuration : conduite à tenir (QUA-I-0155)
- Affiche élections
- Le guide des droits et devoirs des usagers

Droits et libertés des personnes hospitalisées et des usagers du système de santé

Le CSP proclame un certain nombre de droits en ce qui concerne la personne hospitalisée ; ces droits ont été renforcés par la loi du 4 mars 2002 et par les chartes reprises en annexes.

En psychiatrie, il existe 2 modes d'hospitalisation : les soins libres et les soins sans consentement ; ces derniers peuvent apporter certaines limites aux droits des personnes hospitalisées, notamment la liberté d'aller et venir.

Article 41 – Le respect de la dignité et de l'intimité du patient

Le respect de la dignité et de l'intimité doit être préservé par tous les professionnels à tout moment du séjour hospitalier du patient. Cela implique que le patient soit reçu, examiné, soigné et traité avec le respect de son intimité et de sa vie privée, sans discrimination. L'intimité doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales et des transports.

La chambre du patient est assimilée à son domicile. Par conséquent, les personnels et les visiteurs extérieurs frappent avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénètrent, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

Les professionnels doivent se présenter : nom et/ou prénom et fonction. Tout tutoiement et toute forme de familiarité avec les malades sont proscrits, sauf en cas de volonté expresse exprimée et tracée par ces derniers à ce sujet.

Les malades hospitalisés ne peuvent pas être amenés à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires ou à recevoir des soins en présence d'un proche, sans avoir donné, par écrit, au préalable leur consentement (cf. article 61). Il ne peut être passé outre à leur refus.

Les conditions d'hébergement matérielles et environnementales sont aménagées de façon optimale. Les personnels se doivent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients dont ils ont la charge.

Des mesures sont prises pour assurer la tranquillité des patients et réduire au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Une personne hospitalisée peut demander que sa présence dans l'établissement ne soit pas divulguée et peut refuser des visites.

Le respect de la confidentialité du courrier, des communications téléphoniques et des entretiens avec des visiteurs ou des professionnels de santé est garanti.

Le respect de la dignité inclut également le respect du droit à l'information, la prise en charge de la douleur et le respect des directives anticipées.

Article 42 – La liberté d'aller et venir du patient

La liberté d'aller et venir est un droit fondamental inaliénable de la personne humaine. Tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit.

Dans tous les cas, toute restriction de liberté, à l'admission ou pendant le séjour, doit être expliquée et le consentement ou la participation de la personne à la décision doit être

recherché par tout moyen le plus en amont possible.

Lorsque la personne n'est pas en mesure de donner son consentement à l'admission, les procédures suivies pour aboutir à l'approbation de la personne et de sa famille doivent être explicites.

Les motifs médicaux de restriction à la liberté d'aller et venir sont rares et doivent être des exceptions.

Les patients hospitalisés librement bénéficient de la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés. Cette liberté fondamentale ne peut pas être remise en cause car il s'agit de patients qui ont eux-mêmes consenti à recevoir des soins.

Les personnes hospitalisées doivent bénéficier de façon rapide et homogène d'informations relatives à leurs droits et voies de recours prévues par la loi sous une forme adaptée et accessible. La liberté de correspondance des malades hospitalisés sans consentement ne peut être remise en cause, y compris pour répondre à des objectifs de soins et de protection des personnes. L'organisation des services permet l'accompagnement des malades hospitalisés afin qu'ils soient en mesure de prendre part aux activités thérapeutiques.

L'exercice de la liberté d'aller et venir comprend l'accessibilité et la circulation dans l'établissement des personnes à mobilité réduite ou ayant un déficit sensoriel. Les nouvelles constructions et la modernisation des bâtiments prennent en compte les aménagements pour permettre la libre circulation de toutes personnes y compris les personnes handicapées.

Article 43 – Droits et libertés des personnes admises en soins psychiatriques libres

Les droits liés à l'exercice des libertés individuelles des personnes hospitalisées avec leur consentement sont régis par l'article L.3211-2 du CSP qui stipule qu'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. Ces droits sont résumés dans la charte de la personne hospitalisée (*cf. annexe 1*).

Article 44 – Droits et libertés des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis.

Toute restriction de liberté doit être appréciée et tracée en fonction des circonstances, médicalement justifiée, limitée dans le temps et remise en cause en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

La liberté est la règle et la contrainte et/ou l'interdit sont l'exception. La liberté doit être privilégiée dans toutes les pratiques en adoptant une position stricte de respect de toutes les libertés quand les soins sont consentis et en ne confondant pas soins sans consentement et soins avec liberté de contraindre.

Avant chaque décision prononçant le maintien de ses soins ou définissant la forme de la prise en charge, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état

le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est informée :
- le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions de maintien de la mesure ainsi que des raisons qui les motivent par le médecin qui la prend en charge,
- dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions de maintien de la mesure, de sa situation juridique, de ses droits, de ses voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes, et notamment de sa possibilité de saisir le JLD afin qu'il se prononce sur le maintien de la mesure. Cette information est tracée au dossier du patient.

L'avis de la personne hospitalisée sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :
1) de communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L.3222-4 du CSP (représentant de l'Etat ou son représentant, maire de la commune, directeur général de l'ARS, JLD, président du TGI ou son délégué, procureur de la République),
2) de saisir la commission prévue à l'article L.3222-5 du CSP (CDSP) et lorsqu'elle est hospitalisée, la CDU,
3) de porter à la connaissance du CGLPL des faits et situations susceptibles de relever de sa compétence,
4) de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix,
5) d'émettre ou de recevoir des courriers,
6) de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent,
7) d'exercer son droit de vote,
8) de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix, dans le respect du principe de laïcité.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5), 7) et 8), peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Article 45 – Principe du libre choix du praticien par le patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Le malade peut formuler sa demande auprès d'un praticien ou médecin qui lui répondra dans le cadre des règles de bonne pratique de la déontologie médicale.

Ainsi, toute personne hospitalisée ou sa famille, dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence, dans les limites des possibilités d'organisation du service ou des soins.

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

Article 46 – Droits civiques

En application des dispositions du code électoral, les personnes hospitalisées qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer leur droit de vote par procuration : instruction « Vote par procuration : conduite à tenir (QUA-I-0155) » et « Affiche élections ».

Devoirs des personnes hospitalisées

Article 47 – Devoirs des personnes hospitalisées

Conformément à la charte de la personne hospitalisée (*cf. annexe 1*), les personnels de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur du malade ainsi qu'à celle de leurs accompagnants.

Toutefois, si les personnes hospitalisées ont des droits, elles ont également des devoirs et doivent, en retour, et dans la mesure permise par leur propre souffrance ou désarroi, respect aux personnes qui les prennent en charge. Le respect de la personne et de la dignité constitue une règle fondamentale.

Ainsi, l'hôpital met à la disposition de ses personnes hospitalisées des équipements dont il convient de prendre soin.

Le CHHM est un EPS ; la loi s'y applique de plein droit ; chaque patient est civilement, voire pénalement responsable de ses actes et peut avoir à en assumer les conséquences.

En outre, si le règlement intérieur a fixé des règles adaptées aux spécificités de l'établissement, ces règles doivent être respectées tant par les personnes hospitalisées que par les visiteurs.

Elles concernent notamment le respect :
- des personnels, des hospitalisés et des visiteurs ; cela implique en particulier le respect de la confidentialité et du droit à l'image, s'agissant notamment de l'usage d'appareils photos ou vidéos ;
- des règles et recommandations relatives à l'hygiène et la sécurité ;
- de l'interdiction de fumer ou de vapoter dans les unités de soins et les lieux collectifs ;
- de l'organisation des visites dans les services ;
- des règles de circulation à l'intérieur de l'établissement ;
- de l'interdiction d'introduire des objets dangereux, illicites ou nocifs à la santé ;
- des locaux et des matériels.

Des règlements de fonctionnement sont rédigés dans toutes les unités / services de soins / hébergement. Ils présentent l'ensemble de ces informations et consignes utiles à la prise en charge du patient / résident dans le service. Ils sont affichés dans les unités, installés sur Ennov Doc. Ils peuvent être remis au patient pour signature dans certaines unités.

Les droits et devoirs des usagers sont rappelés dans un document à destination des professionnels de santé : « Le guide des droits et devoirs des usagers ».

Admissions

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

Article 48 – Dispositions particulières relatives aux personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement

Le CHHM est habilité par le préfet, au sens de l'article L.3221-1 du CSP, à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux qui relèvent d'une hospitalisation sans leur consentement.

Il existe 3 possibilités de prise en charge en soins psychiatriques sans consentement :
- les SPDT, SPDTU ou en cas de péril imminent,
- les SPDRE,
- les soins psychiatriques sur décision de justice.

L'admission en soins sans consentement est prononcée si les conditions prévues par les dispositions légales et réglementaires du CSP sont réunies. La personne hospitalisée dans un établissement de soins, dans le cadre des 3 cas précités, conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui auront été faites pendant l'hospitalisation à cette adresse pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Article 48.1 – Admission en SPDT, en SPDTU ou en cas de péril imminent

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur de l'établissement que lorsque les 2 conditions suivantes sont réunies :
- ses troubles mentaux rendent impossible son consentement,
- son état mental impose des soins immédiats assortis, soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme de soins ambulatoires.

Le directeur de l'établissement prend la décision d'admission :
- soit, lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exception des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci ;
- soit, lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions précitées et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade.

La conduite à tenir en cas d'une admission en SPDT ou en cas de péril imminent est décrite dans l'instruction « Soins psychiatriques sans consentement sur demande d'un tiers (SPDT, SPDTU, PI) : modalités de prise en charge (QUA-I-0025) ».

Article 48.2 – Admission en SPDRE

L'admission en SPDRE d'une personne souffrant de troubles mentaux est prononcée par arrêté préfectoral au vu d'un certificat médical circonstancié attestant qu'une personne souffre de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade.

La conduite à tenir en cas d'une admission en SPDRE est décrite dans l'instruction « Soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'état ou de l'autorité judiciaire : modalités de prise en charge (QUA-I-0024) ».

.

Article 48.3 – Admission en soins psychiatriques suite à une décision de justice

Sans préjudice de l'application des articles L.3213-1 et 3213-7 du CSP, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement autorisé à dispenser des soins psychiatriques sans consentement. Cette décision s'appuie sur une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure pénale et concluant que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le représentant de l'Etat dans le département est immédiatement avisé de cette décision. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques prononcées en application de l'article L.3213-1 du CSP.

Article 48.4 – Saisine du JLD

Le JLD dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi à tout moment aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques. La saisine peut être formée par la personne faisant l'objet des soins, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure, la personne chargée de sa protection si, majeure elle est placée en tutelle ou en curatelle, son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un PACS, la personne qui a formulé la demande de soins, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet de soins et le procureur de la République. Le JLD peut également se saisir d'office à tout moment. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.

Le JLD examine la situation de toute personne hospitalisée admise en soins psychiatriques sans consentement lorsque celle-ci se poursuit sous la forme d'une hospitalisation complète :
- avant le 12ème jour à compter de l'admission en soins psychiatriques,
- avant le 12ème jour faisant suite à une réintégration en hospitalisation complète d'une personne ayant fait l'objet d'un programme de soins ambulatoires,
- avant l'expiration d'un délai de 6 mois faisant suite à une décision judiciaire prononçant l'hospitalisation ou faisant suite à une précédente décision du JLD lorsque la personne hospitalisée a été maintenue en hospitalisation complète de façon continue depuis cette décision.

La requête auprès du JLD est faite par le directeur sur présentation de l'ensemble des pièces demandées et justifiant les soins sans consentement.

La saisine est accompagnée d'un avis motivé rendu par 1 psychiatre de l'établissement d'accueil désigné par le directeur ; cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Le JLD entend la personne faisant l'objet de soins psychiatriques à l'audience. Si elle le souhaite, celle-ci peut être assistée de son avocat ou représentée par celui-ci. Si, au vu d'un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office.

Les audiences sont publiques ; toutefois, le juge peut décider que les débats auront lieu à huis clos s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée ou si toutes les parties le demandent ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice.

Les audiences ont lieu à Saint-Dizier, sur le site de l'hôpital André Breton, dans 2 salles aménagées au quadrilatère pour les patients hospitalisés sur André Breton ; pour certains patients de Saint-Dizier et pour les patients hospitalisés sur le site du centre médical Maine de Biran à Chaumont, elles ont lieu au rez-de-chaussée, pour certains patients de Chaumont.

Article 48.5 – Le registre de la loi

L'établissement tient un registre sur lequel est transcrit dans les 24 heures, pour les SPDT ou en cas de péril imminent et les SPDRE, un certain nombre d'éléments concernant la personne hospitalisée.

Il est soumis au représentant de l'Etat dans le département ou à son représentant, au président du TGI ou à son délégué, au procureur de la République ainsi qu'au maire de la commune siège de l'établissement et à la CDSP. Ces personnes sont amenées à visiter l'établissement, sans publicité préalable, au moins une fois par an. Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent la bonne application des dispositions réglementaires et signent le registre de la loi.

Article 48.6 – La CDSP

Dans chaque département, une CDSP est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement.

La CDSP :
- est informée de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins,
- reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et examine la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et obligatoirement celle de toutes les personnes dont l'admission a été prononcée en SPDT ou en cas de péril imminent ainsi que celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'un an,
- saisit, en tant que de besoin, le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques,
- visite les établissements, vérifie les informations figurant sur le registre de loi et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées,
- adresse son rapport d'activité chaque année au JLD, au préfet, au directeur général de l'ARS, au procureur de la République et au CGLPL,
- peut proposer au JLD du TGI dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une

personne admise en soins psychiatriques, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet,
- statue sur les modalités d'accès aux informations de toute personne admise en soins psychiatriques.

Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission. Les médecins membres de la commission ont accès à toutes les données médicales relatives aux personnes dont la situation est examinée.

Admissions particulières

Article 49 – Mineurs

Article 49.1 – Admission d'un mineur

L'admission d'un mineur en soins psychiatriques est demandée par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille, par le tuteur ou par l'autorité judiciaire.

En cas de désaccord entre les titulaires de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

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

Pour un mineur relevant de l'ASE, l'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur lui a été confié par son père, mère ou tuteur. Toutefois, si ceux-ci ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service de l'ASE.

L'admission est prononcée au vu :
- d'un certificat médical d'hospitalisation,
- d'une demande d'admission du responsable légal ou, à défaut, d'une OPP valable 15 jours, éventuellement renouvelable sur demande médicale.

Les documents sont vérifiés et transmis au bureau des admissions.

Article 49.2 – Admission d'urgence d'un mineur

En cas d'urgence, la demande d'admission peut, à titre exceptionnel, être signée a posteriori par le titulaire de l'autorité parentale.

En l'absence de demande d'admission, le personnel du service de soins veille à prévenir dans les plus brefs délais, le titulaire de l'autorité parentale de l'admission du mineur et s'enquiert de son accord oral dans l'attente de la transmission d'un accord écrit. La mention de l'appel téléphonique est faite dans le dossier du patient.

Article 49.3 – Admission d'un mineur à la demande de l'autorité judiciaire

La décision de justice confiant un mineur à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement pour une durée ne pouvant excéder 15 jours.

La mesure peut être renouvelée après avis d'un psychiatre de l'établissement pour une durée d'un mois renouvelable.

L'OPP doit être transmise au bureau des admissions et au service de soins concerné.

Article 49.4 – Admission d'un mineur en hospitalisation sous contrainte

Il n'est pas possible d'admettre un mineur en SPDT ou en cas de péril imminent. L'admission en soins psychiatriques est possible sur décision du représentant de l'Etat si les circonstances l'exigent et si les conditions prévues dans les textes sont remplies.

Article 49.5 – Séjour d'un mineur

Pendant tout son séjour, le mineur hospitalisé est placé sous la responsabilité de l'établissement. Le mineur est hospitalisé dans une chambre seule.

L'accord des parents, du tuteur ou de la personne désignée par l'autorité judiciaire est nécessaire pour les visites, pour les interventions chirurgicales et diverses, pour les activités extérieures à l'établissement (piscine, promenade...). Ces autorisations d'intervention, établies en 2 exemplaires, sont déposées lors de l'entrée du mineur au bureau des admissions et dans le dossier médical.

Article 49.6 – Sorties temporaires et définitives d'un mineur

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être confiés, pour les sorties temporaires ou définitives, qu'à leur père, mère, tuteur ou tierces personnes expressément autorisées par écrit, par ceux-ci. Dans ce cas, des pièces justificatives seront exigées à la sortie (carte nationale d'identité).

Article 49.7 – Sorties prématurées d'un mineur

Si la sortie est demandée pour un mineur par son représentant légal et que cette sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin saisit le procureur de la République en plus de la procédure de décharge, afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaires.

Si la sortie est demandée par un mineur opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale, elle ne peut intervenir qu'avec l'accompagnement d'une personne majeure et le médecin saisit aussi le procureur à cette même fin.

Article 49.8 – Conflit entre les titulaires de l'autorité parentale

En cas de désaccord entre les titulaires de l'autorité parentale, l'établissement, en cas d'urgence, saisit le procureur de la République, qui peut prendre une OPP dans l'attente de la saisine du juge aux affaires familiales qui statue.

Article 50 – Militaires

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur demande de l'autorité militaire compétente.

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

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, toutes mesures doivent être prises pour qu'il soit évacué sur l'hôpital des armées le plus proche.

Article 51 – Étrangers

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'une personne étrangère, non résidente en France, est de droit quelles que soient les conditions de prise en charge.

Hors les cas d'urgence, l'admission d'une personne étrangère est subordonnée à la justification de la prise en charge des frais de séjour par un organisme de protection sociale ou au versement d'une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation.

Les étrangers ressortissants d'un état membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français sous réserve qu'ils aient une couverture sociale dans leur pays d'origine.

A titre exceptionnel, une aide médicale peut être accordée à des personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie sur décision individuelle du ministre chargé de l'action sociale.

La demande d'aide médicale est instruite par la CPAM du régime général sur demande de l'établissement hospitalier ; il s'agit de l'AME.

Article 52 – Détenus

Toute personne écrouée dans un établissement pénitentiaire, dont l'état de santé nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux, est hospitalisée sur décision du représentant de l'Etat au vu d'un certificat médical circonstancié, sous la forme de l'hospitalisation complète dont le régime est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L.3213-1 du CSP.

L'arrêté préfectoral désigne l'établissement qui assure la prise en charge ; cet arrêté doit être motivé et énoncer avec précision les circonstances qui ont rendu nécessaire la mesure de soins psychiatriques.

L'hospitalisation en soins psychiatriques d'une personne détenue est réalisée au sein de l'UHSA du centre psychothérapique de Nancy-Laxou (Meurthe-et-Moselle). En l'absence de place à l'UHSA, les hospitalisations des détenus nécessitant des soins psychiatriques font l'objet de la procédure de soins précitée.

A l'admission, le transfert du détenu de la maison d'arrêt vers le CHHM est sous la responsabilité du CH (ambulanciers, infirmiers, escorte).

Les règlements pénitentiaires demeurent applicables à l'égard du détenu admis à l'hôpital, notamment en ce qui concerne ses relations avec l'extérieur :
- les visites : durant l'hospitalisation, les droits de visite sont maintenus ;
- la correspondance : sauf avis contraire de la maison d'arrêt, les personnes détenues peuvent écrire et recevoir du courrier ; ces correspondances sont transmises à l'établissement pénitentiaire qui en assure, dans les 24 heures de leur réception, le retour ou l'envoi, après contrôles effectués ;
- le téléphone : les détenus sous écrou à la maison d'arrêt n'ont pas accès aux

communications téléphoniques ;
- les sorties dans l'enceinte du parc de l'établissement : les personnes détenues ne peuvent en aucun cas quitter l'unité de soins, même accompagnées, sauf autorisation préfectorale.

Tout incident provoqué par un détenu au cours de son hospitalisation doit être porté à la connaissance des autorités compétentes dans les conditions prévues par le code de procédure pénale.

Dès l'instant où il a été mis fin aux SPDRE, il est procédé au transfèrement du détenu dans l'établissement où il est écroué.

A la sortie, le transfert du CHHM vers la maison d'arrêt est sous la responsabilité de la maison d'arrêt.

Article 53 – Malades présentant une addiction

Les patients toxicomanes se présentant dans l'établissement pour 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.

Ils peuvent demander au médecin qui les a traités un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

Article 54 – Majeurs juridiquement protégés

Les patients peuvent faire l'objet, si leur état de santé l'exige, d'une mesure de protection juridique : sauvegarde de justice, curatelle (simple ou renforcée) ou tutelle. Cette mesure peut avoir été décidée antérieurement à leur hospitalisation ou être mise en route pendant.

Le juge peut désigner, si l'intérêt de la personne le justifie, le MJPM de l'établissement en qualité de mandataire spécial, de curateur ou de tuteur. Ce mandataire, membre du personnel de l'hôpital, doit être titulaire d'un certificat national de compétences, être agréé par le préfet, après avis conforme du procureur, être déclaré auprès de la DDETSPP et avoir prêté serment devant le juge des contentieux de la protection.

Sauf mention expresse contraire (précisée dans le jugement), la mesure de protection juridique portera à la fois sur la protection de la personne et sur la protection de ses biens. Le MJPM exercera en toute indépendance ses missions d'assistance et de conseil (curatelle) ou de représentation (tutelle).

La charte des droits et libertés de la personne majeure protégée (*cf. annexe 7*) est affichée dans le service du MJPM et un exemplaire est remis à tout nouveau majeur protégé lors de l'ouverture de la mesure de protection. Lui sera également remise une notice d'information, indiquant les modalités et gestion de la mesure.

Soumis au principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable, le MJPM ne détient ni ne manipule aucun fond ; il donnera des ordres de recettes et des ordres de paiement au comptable public de l'établissement.

Pour tous les actes importants, de nature patrimoniale ou personnelle, le consentement du majeur en tutelle doit être recueilli et respecté à chaque fois que cela est possible.

En matière médicale, l'information sera communiquée au majeur en tutelle ainsi qu'à son tuteur qui consentira à l'acte médical. Toutefois, toute décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle ou à l'intimité de la vie privée devra faire l'objet

d'une autorisation du juge des tutelles.

Modalités de prise en charge

Article 55 – Psychiatrie

Article 55.1 – Prise en charge en hospitalisation à temps complet

Les hospitalisations de patient peuvent être réalisées à temps complet.
Les unités d'hospitalisation complète sont des lieux de soins sous surveillance médicale 24H/24 pour les patients adultes ou enfants atteints de troubles mentaux. Les équipes médicales et paramédicales assurent le diagnostic, les soins et la surveillance.

Article 55.2 – Prises en charge alternatives à l'hospitalisation à temps complet

Le CMP

Le CMP est une unité de coordination, d'accueil et de consultation en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Les prestations offertes par le CMP doivent associer les compétences d'une équipe pluridisciplinaire. L'accès au CMP est libre ou sur avis médical.

Le CATTP

Le CATTP offre pour de petits groupes de patients différentes activités dans un cadre déterminé. C'est une structure ambulatoire qui utilise des modes de fonctionnement très diversifiés. Ses objectifs sont d'éviter un isolement, un déficit relationnel, affectif et cognitif ; de favoriser la réinsertion sociale du patient dans le cadre d'activités individuelles ou de groupe. Pour l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, cela permet également d'éviter la rupture avec le milieu scolaire. L'accueil en CATTP est soumis à une indication médicale.

L'hôpital de jour

L'hôpital de jour assure des soins polyvalents individualisés et intensifs mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire en milieu ouvert à la journée mais selon une périodicité déterminée pour chaque patient. L'utilisation de l'hôpital de jour répond à des indications cliniques précises pour une pathologie nécessitant des soins à moyen ou long terme ou parfois des séjours d'observation ; ces soins doivent s'articuler avec les lieux de vie habituels du patient. L'admission se fait sur prescription médicale.

L'hôpital de nuit

Les hospitalisations de nuit consistent à prendre en charge les patients en fin de journée et à assurer une surveillance médicale pendant la nuit ; elles se déroulent à l'intérieur des services d'hospitalisation à temps complet.

L'appartement thérapeutique

C'est une unité de soins à temps complet à visée de réinsertion sociale et de retour à

l'autonomie mise à disposition de 10 patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante sinon continue des personnels soignants.

L'AFT

Cette structure a pour objectif d'organiser la prise en charge d'un patient (en psychiatrie générale ou en psychiatrie infanto-juvénile) dans une famille d'accueil, sur prescription médicale. Les assistantes familiales sont recrutées par l'établissement lorsque le président du conseil départemental leur a délivré un agrément d'accueil permanent. Le suivi des patients placés en familles d'accueil est réalisé par une équipe pluridisciplinaire.

Article 56 – Mesures de contention et mise en chambre d'isolement

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, il mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la CDSP, au CGLPL ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis, pour avis, à la CDU et au CS.

La conduite à tenir est précisée dans l'instruction « Isolement thérapeutique dans un lieu dédié avec ou sans contention : arbre décisionnel et mise en œuvre (QUA-I-0183) ».

Les règles de respect des limites de durée des mesures d'isolement et de contention et l'organisation de l'information du JLD sont indiquées sur l'instruction « Isolement thérapeutique dans un lieu dédié avec ou sans contention : mesure exceptionnelle information/sasine JLD (QUA-I-0178) ».

Article 57 – SSR

Article 57.1 – Prise en charge en intra-hospitalier

Les hospitalisations de patient ont lieu à temps complet pour les soins de suite polyvalents, locomoteurs, gériatriques et en addictologie.

Des places d'hôpital de jour existent également en soins de suite locomoteurs et en addictologie.

Article 58 – Consultations externes

Les consultations externes sont des consultations ambulatoires assurées par les praticiens de l'hôpital dans le cadre de leurs activités hospitalières ou d'une activité libérale.

Elles peuvent intervenir, soit comme l'équivalent d'une consultation de ville, soit dans le cadre d'un suivi médical consécutif à une hospitalisation ou à une intervention.

Afin de bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle, les formalités d'enregistrement devront être effectuées régulièrement auprès du bureau des admissions.

Les documents nécessaires à la bonne constitution du dossier devront être obligatoirement présentés faute de quoi le patient devra effectuer le paiement des frais. Ces documents peuvent comprendre : la carte vitale ; une pièce d'identité en cours de validité ; la carte de mutuelle ; tout document justifiant d'une situation particulière (carnet de soins pour les pensionnés de guerre, carnet de maternité, feuillet d'accident de travail, ordonnancier, attestation de CMU ou d'AME) ; attestation de déclaration d'un médecin traitant dans le cadre du parcours de soin coordonné ; le cas échéant, le dossier remis par le médecin traitant ou hospitalier, comprenant les examens antérieurs utiles à la consultation.

Si l'état de santé du patient l'exige, celui-ci peut bénéficier, sur prescription médicale, d'un transport par ambulance ou véhicule sanitaire léger. Le choix du transporteur est laissé à la discrétion du patient.

Formalités à accomplir

Article 59 – Formalités administratives

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, au plus tard lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme d'assurance maladie obligatoire dont ils relèvent et éventuellement par une mutuelle ou une assurance complémentaire. La liste des documents à fournir est :
- une pièce d'identité,
- la carte vitale et/ou l'attestation d'ouverture des droits en cours de validité,
- la carte d'adhérent à la mutuelle ou l'attestation d'assurance complémentaire,
- l'attention de droits à la CMUC en cours de la validité.

Article 60 – Frais de séjour

Dans la plupart des cas, le tarif journalier est pris en charge à 80 % par l'organisme d'assurance maladie. Le ticket modérateur (les 20 % restants) sera, soit à la charge du patient, soit pris en charge par la mutuelle ou complémentaire maladie du patient, soit par la CMUC.

Par ailleurs, l'assurance maladie prend en charge à 100 % le prix de journée dans les cas suivants :
- si les soins sont en rapport avec une affection de longue durée reconnue par la sécurité sociale,
- si les soins sont liés à un accident de travail et maladie professionnelle,
- dans tous les cas, à compter du 31ème jour d'hospitalisation,
- en SSR, s'ils font suite à une intervention chirurgicale d'une certaine importance.

De plus, le forfait journalier représente la participation personnelle du patient ; il est supporté par chaque personne hospitalisée, sauf exception ; il peut être pris en charge par certaines mutuelles.

Article 61 – Consentement aux soins

Le patient prend, avec le médecin, et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé. La liberté de consentir à des soins est un droit reconnu à chaque personne.

Toute personne étant présumée apte à consentir à ses soins, c'est elle seule qui peut donner un consentement libre et éclairé aux soins. Ce principe s'applique différemment dans le cas d'une personne majeure et dans le cas d'une personne mineure.

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

Toutefois, dans le cas du patient mineur ou d'une personne jugée inapte à consentir à ses soins, le personnel médical et soignant doit obtenir ce consentement d'une autre personne autorisée par la loi à le donner en son nom (représentant légal ou juge des tutelles). Cette dernière est tenue d'agir dans le seul intérêt du patient qu'elle représente, en tenant compte, dans la mesure du possible des volontés de celui-ci.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne sera pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient et ce consentement pourra être retiré à tout moment.

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

Le consentement du patient doit être noté dans le dossier médical de l'intéressé.

Les formulaires de consentement sont installés sur Ennov Doc : « Consentement et information : patient majeur (QUA-F-0218) » et « Consentement et information : patient mineur, parent(s) et/ou tuteur (QUA-F-0217) ».

Article 62 – Refus de soins

Lorsque le malade n'accepte aucun des traitements, interventions ou soins proposés, sa sortie, sauf urgence médicale constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par le directeur ou son représentant, après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus est dressé et signé par 2 membres du personnel ayant constaté le refus des soins proposés.

Si la personne hospitalisée est atteinte de troubles mentaux rendant impossible son consentement et si son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, le directeur provoque la mise en œuvre immédiate de l'une des mesures relatives aux soins sur demande d'un tiers.

Article 63 – Recherche biomédicale

Les médecins peuvent proposer aux patients de participer à une recherche biomédicale.

La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches biomédicales doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques.

Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et express du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur ait informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi pour les personnes majeures hors d'état d'exprimer son consentement et en ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique.

Les malades ou, le cas échéant, leurs représentants légaux, sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin à tout moment à cette participation.

Article 64 – Directives anticipées

Dans le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées. Celles-ci informent sur les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt du traitement. Elles sont révisables et révocables à tout moment, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

La conduite à tenir pour le recueil des directives anticipées est décrite dans l'instruction « Directives anticipées (QUA-I-0073) ».

Article 65 – Désignation de la personne de confiance

La loi du 4 mars 2002, au travers de l'article L.1111-6 du CSP, offre la possibilité au patient, s'il le souhaite, de désigner une personne de confiance « pour le suppléer le cas échéant ». Cette désignation est facultative.

Choix de la personne de confiance

Elle est librement choisie par le patient et nominativement déterminée. Elle peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

Mode de désignation

La désignation doit obligatoirement être établie par écrit. Le formulaire (« Dossier patient, mode dégradé : personne de confiance désignation (QUA-F-0235) » doit être cosigné par la personne désignée. Cette désignation est révocable à tout moment, par écrit et par le patient ; elle est valable pour la durée de l'hospitalisation.

Rôle de la personne de confiance

La personne de confiance est l'interlocuteur privilégié du service où est hospitalisé le patient. Elle est consultée dans le cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire ; pour cela, si le patient ne s'y oppose pas, elle reçoit toutes les informations nécessaires sur l'état de santé du patient afin de le soutenir au mieux dans

ses décisions.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions en débattant avec lui du pour ou du contre de son choix de soins eu égard à sa ou ses pathologies et des risques secondaires encourus.

Limites au rôle de la personne de confiance

La personne de confiance n'a pas tous les droits sur la santé du patient. Elle n'a pas accès au dossier médical. Elle ne donne qu'un avis et le donne au patient et à celui-ci seulement, afin qu'il choisisse le traitement le plus approprié à sa situation.

La personne de confiance est simplement présente au cours des entretiens médicaux mais non pendant les examens médicaux ou les interventions chirurgicales. Sa mission s'arrête au décès du patient ou à la demande de celle-ci à tout moment.

Cas particulier des patients sous tutelle et curatelle

Ils ont la possibilité de désigner une personne de confiance.

En cas de litige entre le tuteur et la personne de confiance, il sera tranché par le juge des tutelles ; celui-ci pourra, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celui-ci.

Le choix, le mode de désignation et le rôle de la personne de confiance sont décrits dans l'instruction « Personne de confiance (QUA-I-0026) ».

Article 66 – Dépôt des objets de valeur et des sommes d'argent

Lors de son admission, la personne hospitalisée est invitée à effectuer un inventaire des biens qu'elle détient selon la procédure de conservation des biens des patients hospitalisés prévue à cet effet.

Le dépôt des sommes d'argent et objets de valeur qui sont en sa possession et dont la nature ne justifie pas la détention durant son séjour dans l'établissement est également prévu.

A cette occasion, est obligatoirement donnée à la personne hospitalisée, ou à son représentant légal, une information écrite et orale concernant les règles relatives aux biens détenus par les malades admis dans l'établissement.

L'information doit concerner également le sort réservé aux objets ou valeurs non réclamés ou abandonnés à l'établissement.

L'hospitalisé, ou son représentant légal, signe l'attestation certifiant qu'il a reçu ces informations.

Les dépôts volontaires d'argent des hospitalisés et les objets de valeur sont déposés dans le coffre de l'accueil standard à Saint-Dizier, puis transférés sans délai entre les mains du trésorier de l'hôpital ; un reçu est délivré au patient hospitalisé.

Si le malade est hors d'état de manifester sa volonté, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets dont il est porteur est aussitôt dressé et signé par un membre du personnel et l'accompagnant du malade ou, à défaut d'accompagnant, par 2 membres du personnel. Ces sommes d'argent ou ces objets sont déposés comme ci-dessus, aux heures d'ouverture des services susvisés. En dehors desdites heures, le directeur ou son représentant est informé sans délai.

L'établissement ne peut être tenu pour responsable de la perte, du vol ou de la détérioration d'objets ou valeurs non régulièrement déposés selon la procédure susvisée, que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.

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

Au centre médical Maine de Biran à Chaumont, un coffre est à disposition rez-de-chaussée de la structure.

Article 67 – Restitution des objets de valeur et des sommes d'argent

Les objets de valeur ou les sommes d'argent déposés sont restitués au malade, selon le cas, par le receveur de l'établissement, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

Le malade peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration.

Article 68 – Objets non réclamés par le patient

Les objets abandonnés à la sortie ou au décès des patients sont déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou le régisseur par le personnel de l'établissement.

Le patient, son représentant légal, sa famille ou ses proches en sont avisés et sont invités à récupérer les objets dans les plus brefs délais.

Les objets précités non réclamés sont remis par le comptable public exclusivement 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 immobiliers, à l'administration chargée des domaines aux fins d'être mis en vente.

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

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 5 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 à l'Etat 5 ans après la cession par l'administration chargée 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.

Une mention de la remise ou du refus de la remise des biens à la caisse des dépôts et consignations ou à l'administration chargée des domaines, est faite au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale. L'avis de remise est adressé au patient, à son représentant légal, à sa famille ou à ses proches ou à ses héritiers.

Les dispositions du présent article sont portées à la connaissance de la personne admise ou hébergée ou de son représentant légal, au plus tard le jour de sa sortie de l'établissement ou, en cas de décès, à celle de ses héritiers s'ils sont connus, 6 mois au moins avant la remise des objets détenus par l'établissement à l'administration chargée des domaines ou à la caisse des dépôts et consignations.

Article 69 – Armes ou objets dangereux pour la sécurité publique / possession de médicaments

Article 69.1 – Dépôt d'objets dangereux

Lorsqu'un malade se trouve en possession d'une arme ou d'un objet susceptible de constituer un danger pour la sécurité publique, le directeur ou son représentant est aussitôt alerté. Remise immédiate desdits objets est faite par l'établissement au commissariat de police.

Article 69.2 – Dépôt de substances inconnues, de produits stupéfiants ou de médicaments

Lorsqu'un malade se trouve en possession de substances inconnues ou de produits stupéfiants, le patient est informé du fait que ces produits sont remis dans les plus brefs délais, sans mention de leur provenance, par le directeur aux autorités compétentes.

Lorsqu'un malade se trouve en possession de médicaments lors de son admission, ceux-ci doivent être remis au service. Lesdits médicaments seront restitués au patient à sa sortie si leur prescription demeure justifiée par l'état de santé du patient ; dans le cas contraire, lesdits médicaments devront être redonnés à la pharmacie pour destruction.

Article 70 – Actes conservatoires

En référence à l'article 436 du code civil, l'établissement est tenu d'accomplir les actes conservatoires indispensables à la préservation du patrimoine de la personne hospitalisée.

Cette obligation s'impose à lui dans les cas suivants :
- lorsqu'il a eu connaissance de l'urgence de l'intervention de ces actes,
- lorsqu'il y a nécessité d'ouverture d'une mesure de sauvegarde.

Toutefois, l'intervention de l'établissement ne se justifie pas lorsque le patient est déjà pourvu d'un mandataire judiciaire chargé d'administrer ses biens.

Par actes conservatoires, il faut entendre l'ensemble des formalités qui ont un « effet utile » en vue notamment du maintien des droits de la personne protégée ; ces actes sont d'une nature telle qu'ils ne déterminent aucune dépense d'une certaine importance et, en principe, ils n'engagent l'avenir que pour un temps court.

Toutes les mesures autres que conservatoires nécessitent l'intervention du juge des tutelles qui pourra alors, soit désigner un mandataire spécial, soit ouvrir une tutelle ou une curatelle.

-
VII – Conditions générales du séjour
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Code de la santé publique

- Intervention médiatique, commerciale auprès d'un usager : autorisation du directeur (QUA-F-0413)
- Droit à l'image : patient (QUA-F-0406)
- Religion : coordonnées des différents ministères du culte (QUA-F-0350)
- Droit au culte : Intervention de l'aumônier catholique (QUA-I-0198)
- Guide pour mieux respecter les croyances des patients
- Douleur : évaluation (QUA-I-0033)
- Douleur : traitement (QUA-I-0040)

Accueil

Article 71 – Accueil dans l'unité de soins

L'accueil des personnes hospitalisées est assuré à tous les niveaux par un personnel spécialement préparé à cette mission. Les personnes hospitalisées sont informées par tous les moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Afin de prévenir tout incident et de garantir la sécurité des personnes hospitalisées et du personnel, il est nécessaire de vérifier qu'aucun produit dangereux ne soit introduit dans une unité de soins. A cet effet, et en cas de suspicion, le personnel soignant doit vérifier que les personnes hospitalisées ne portent pas sur eux ou dans leurs affaires des objets de ce genre.

Cette vérification peut se faire, avec l'accord de la personne hospitalisée, ou en cas de refus, par palpation et fouilles des affaires devant témoin.

Visites et accès à l'établissement

Article 72 – Droit de visite et accès à l'établissement

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

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

Aucune personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service ou d'un établissement du CHHM sans l'autorisation préalable du directeur ou de son représentant qui sollicite, si besoin est, l'avis du ou des chefs de service concernés.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des patients, sauf accord de ceux-ci et des chefs de service et après autorisation du directeur (cf. formulaire « Intervention médiatique, commerciale auprès d'un usager : autorisation du directeur (QUA-F-0413) »).

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

Les patients peuvent demander au cadre soignant du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent de leur rendre visite, dans la mesure du possible.

Article 73 – Comportement des visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement du service, ni commettre de dégradations. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le directeur ou son représentant après avis du médecin.

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

Dans les services de psychiatrie, l'accès des visiteurs aux chambres des patients peut être

refusé pour des raisons médicales : dans ce cas, les patients peuvent rencontrer leurs visiteurs dans le lieu qui sera jugé le mieux adapté par le médecin.

Le cadre soignant du service et le personnel infirmier doivent s'opposer, dans l'intérêt du malade, à ce qu'on lui remette des denrées ou boissons, fussent-elles non alcoolisées, qui ne seraient pas compatibles avec son régime alimentaire prescrit et/ou son état de santé.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte et se comporter avec discrétion.

Le nombre des visiteurs pourra être limité par décision du médecin et en fonction du risque sanitaire (risque infectieux).

Il est demandé aux visiteurs de ne pas amener de fleurs ou plantes dans la mesure où l'eau stagnante et la terre sont source d'innombrables germes.

Article 74 – Comportement des patients – désordres causés par un malade

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

Toute menace, toute agression verbale ou physique envers le personnel hospitalier sont proscrites, comme toute tentative de contrainte quel qu'en soit le but, tant sur le personnel que sur les autres patients. Elles sont passibles de poursuites judiciaires.

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

En cas de violence et pour des raisons de maintien de la sécurité des personnes hospitalisées et des personnels, il peut être fait appel à l'équipe des auxiliaires de soins et éventuellement aux forces de l'ordre.

Les personnes hospitalisées veillent à respecter le bon état des locaux et équipements qui sont mis à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions évoquées précédemment.

Chaque personne hospitalisée reste civilement responsable de ses actes et doit, en fonction de son état de santé, en assumer les conséquences, notamment financières.

Article 75 – Horaires des visites

Les horaires des visites sont portés à la connaissance des patients et des visiteurs par affichage dans les services.

Cependant les responsables médicaux des unités peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service ou autres contraintes sanitaires, en accord avec la direction.

De même, le médecin peut être appelé, lorsque l'état du patient l'exige, à interdire ou limiter les visites.

Dans certaines unités, les visites des enfants sont à adapter selon le contexte du moment, du service ou de l'état de santé du patient.

Lorsque l'état du malade le justifie, la présence d'un accompagnant peut être autorisée, hors des heures des visites.

Vie quotidienne

Article 76 – Horaires des repas – repas aux accompagnants

Les repas sont servis dans la salle à manger ou au lit du patient. Les horaires sont affichés dans le service. Des diététiciennes veillent à l'élaboration des menus et peuvent intervenir sur demande ou sur prescription médicale.

L'entrée de nourriture extérieure en provenance de l'entourage est déconseillée car elle constitue un risque potentiel d'intoxication alimentaire. Une telle consommation demeure aux risques et périls du patient et dégage la responsabilité de l'établissement en cas de survenance d'effets indésirables.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux hospitalisés lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leurs repas à l'extérieur et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service et du contexte sanitaire. Ces repas sont facturés au « tarif visiteur » fixé annuellement. La prise de ces repas doit être organisée au préalable (2 jours avant). Le tarif des repas est affiché dans l'unité.

Article 77 – Détermination des menus

Les menus sont arrêtés régulièrement par une commission comprenant, entre autres, une diététicienne ; ils sont communiqués à chaque service.

Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

C'est le GCS Restauration Vallée de la Marne qui est en charge de la prestation repas au CHHM.

Article 78 – Déplacement des hospitalisés

Les hospitalisés ne peuvent pas se déplacer dans la journée hors de l'établissement sans autorisation médicale ; ils doivent être vêtus de manière décente.

Si l'état de santé du patient le justifie, l'équipe médicale pourra demander au patient de ne pas quitter le service ou de ne pas se déplacer sans assistance notamment.

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

Article 79 – Respect de l'hygiène

Toute personne hospitalisée est tenue d'observer une stricte hygiène corporelle au sein de l'établissement.

Les personnes hospitalisées sont tenues d'apporter à l'hôpital :
- leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir...),
- leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles).

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

La blanchisserie de l'établissement peut également entretenir ces vêtements exceptionnellement et sous certaines conditions. Dans ce cas, il est indispensable que ceux-ci soient marqués aux noms du patient et de l'unité de soins dans laquelle il séjourne.

Article 80 – Coiffure

Lorsque le patient souhaite bénéficier des services d'un coiffeur, il peut en faire la demande à l'équipe soignante du service où il séjourne pour les unités d'hospitalisation au long cours et les services médico-sociaux.

Pour les unités d'hospitalisation de courte durée, le patient peut faire appel à un coiffeur extérieur de son choix en accord avec l'équipe soignante. Il en assurera le règlement.

Article 81 – Cafétéria

Sur le site de l'hôpital André Breton, à Saint-Dizier, il existe une cafétéria équipée d'un distributeur automatique de boissons et objets utiles. Un distributeur de boissons est installé dans les locaux des SSR et des Rives de Marne ; il est réservé pour les patients/résidents et leurs familles.

Au centre médical Maine de Biran à Chaumont, un distributeur de boissons est installé à chaque étage.

Article 82 – Prise en charge de la douleur

Le soulagement de la souffrance des patients est une préoccupation constante de tous les personnels.

Les équipes médicales et paramédicales sont sensibilisées à l'évaluation et la réévaluation de la douleur, à sa prise en charge, à sa traçabilité et à son suivi tout au long de la prise en charge.

Des référents douleur sont désignés dans tous les services. Des formations douleur sont organisées, elles sont destinées aux correspondants douleur et également aux autres personnels intéressés.

La mesure et la prise en charge de la douleur sont définies dans 2 instructions : « Douleur : évaluation (QUA-I-0033) » et « Douleur : traitement (QUA-I-0040) ».

Article 83 – Courrier

Les personnes hospitalisées peuvent recevoir et envoyer du courrier ; ils en assurent au besoin l'affranchissement.

Le service du courrier est assuré par le personnel de l'accueil standard sur le site de Saint-Dizier.

A Langres et à Chaumont, le courrier est à remettre aux secrétaires.

Article 84 – Téléphone

Des « points phones » sont à disposition dans certaines unités.

Les patients peuvent recevoir des communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement du service.

La liberté d'utiliser le téléphone peut toutefois, dans les services de psychiatrie, être restreinte pour des raisons thérapeutiques, sur décision et prescription du médecin.

Dans le service des SSR, les patients peuvent disposer d'un téléphone dans leur chambre. L'ouverture de la ligne leur sera facturée ainsi que les frais de communication.

En EHPAD ou à l'USLD, les résidents ont la possibilité d'installer une ligne téléphonique personnelle après en avoir fait la demande auprès de l'opérateur de leur choix en lien avec les services techniques de l'établissement.

Dans la situation où le patient occupe une chambre double, l'usage du téléphone mobile ne doit pas occasionner de gêne de quelque nature que ce soit pour la personne partageant sa chambre. En cas de vol ou perte, l'établissement décline toute responsabilité. Il est interdit de réaliser et de diffuser des photographies ou des vidéos dans l'enceinte de l'établissement.

Article 85 – Prise de vue et utilisation de l'image de la personne

Toute personne ou son représentant légal doit, préalablement à la captation ou à la diffusion de son image, donner son consentement par écrit. Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion. Le formulaire « Droit à l'image : patient (QUA-F-0406) » doit être renseigné à cet effet.

Article 86 – Téléviseurs et postes de radio

Dans chaque service, une salle de vie est équipée de téléviseur.

Dans le service des SSR, un téléviseur peut être mis à disposition dans la chambre du patient moyennant paiement ; il faut en faire la demande au secrétariat du service.

Dans les unités de psychiatrie, un équipement est en cours de déploiement dans certaines chambres.

A l'USLD ou en EHPAD, à la MAS, chaque chambre dispose d'une prise de télévision ; ainsi le résident peut apporter son téléviseur personnel, sous réserve d'une assurance en responsabilité civile. En outre, le matériel doit être aux normes de sécurité en vigueur.
L'usage d'appareil audio / vidéo individuel doit respecter un niveau sonore ne gênant pas l'entourage.

Article 87 – Service social

Dans chaque pôle, un(e) assistant(e) social(e) est à la disposition du patient et de sa famille pour tout problème d'ordre social ou administratif. Il/Elle pourra les aider pour préparer la sortie du patient, prévenir et évaluer ses difficultés personnelles, administratives, professionnelles ou familiales. Il/Elle pourra également les aider pour différentes démarches et dans l'accompagnement de projet.

Article 88 – Exercice du culte et principe de laïcité

Les hospitalisés peuvent participer à l'exercice de leur culte. Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit pas porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées. Tout prosélytisme est interdit. Les hospitalisés doivent se conformer aux principes de laïcité conformément aux lois de la République.

Les termes de la charte de la laïcité s'appliquent au sein de l'établissement *(cf. annexe 8)*.

Tous les patients sont traités de la même façon quelles que puissent être leurs croyances religieuses.

Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès des cadres soignants

Les unités disposent des coordonnées des ministères des cultes (« Religion : coordonnées des différents ministères du culte (QUA-F-0350) ». Un document est mis à disposition des professionnels sur Ennov Doc : Guide pour mieux respecter les croyances des patients.

L'aumônier catholique est salarié de l'établissement ; son intervention sur l'hôpital André Breton est définie dans l'instruction « Droit au culte : Intervention de l'aumônier catholique (QUA-I-0198) ».

Article 89 – Conditions d'intervention des associations de bénévoles

Des associations de bénévoles interviennent, dans le respect de la réglementation, dans les services de l'établissement afin d'apporter un soutien aux patients / résidents et à leur famille dans le respect des règles de fonctionnement de l'hôpital et des activités médicales et soignantes.

Préalablement à ces interventions, les associations doivent obtenir l'autorisation du directeur et conclure avec l'établissement une convention définissant les droits et obligations réciproques. Les interventions, au sein de l'établissement, peuvent être suspendues pour des raisons sanitaires et sur consignes ministérielles.
Les bénévoles doivent être identifiés (badge).

Séjour

Article 90 – Activités thérapeutiques

Des activités thérapeutiques ou occupationnelles destinées à favoriser la réinsertion des personnes hospitalisées ou hébergées sont organisées dans l'établissement et celles-ci peuvent s'y rendre sur prescription médicale.

Les activités proposées favorisent l'expression verbale, l'expression corporelle, la créativité et le lien social. Elles s'inscrivent dans le cadre du projet de soins individualisé de la personne prise en charge.

-
VIII – Relations avec les usagers
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'HPST
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Code de la santé publique

- Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101)
- Règlement intérieur de la commission des usagers (QUA-I-0108)
- Service des usagers - Organisation de la CDU
- Service des usagers - Représentants des usagers (RU)
- Plaintes et réclamations : Conduite à tenir
- Accès au dossier médical par un patient (QUA-I-0098)

Article 91 – Livret d'accueil

Dès son arrivée dans l'établissement, chaque personne hospitalisée reçoit un livret d'accueil ; celui-ci contient toutes les informations qui lui seront utiles sur les conditions de sa prise en charge, ses droits ainsi que sur l'organisation de l'établissement.

La charte de la personne hospitalisée (*cf. annexe 1*) figure dans le livret d'accueil ; elle est également affichée dans chaque unité de soins.

Article 92 – Satisfaction des usagers

A l'intérieur du livret d'accueil se glisse un questionnaire de satisfaction. Cet imprimé est destiné à recueillir les appréciations et les observations du patient tout au long de sa prise en charge. Ce questionnaire, une fois rempli, est transmis à la cellule qualité qui se charge de l'enregistrer.

Un questionnaire de satisfaction est également transmis aux patients venant en consultation sur une période d'un mois dans tous les CMP de psychiatrie (adultes et enfants) de l'établissement.

Par ailleurs, en ce qui concerne le service territorial de gériatrie, une enquête de satisfaction est envoyée aux familles des résidents une fois par an. Il en est de même en ce qui concerne la MAS et ses résidents.

Les résultats de l'ensemble de ces évaluations sont présentés et analysés régulièrement à la CDU. Des actions d'amélioration peuvent être apportées au regard des remarques effectuées.

Article 93 – Traitement des plaintes et réclamations des usagers

Le patient, son représentant légal ou ses ayants droit peut faire part au personnel des services ou au directeur de l'établissement de ses observations ou, s'il y a lieu, de ses réclamations ou plaintes. Dans ce cas, il peut s'adresser au directeur par écrit.

La directrice adjointe en charge des relations avec les usagers, sollicite l'encadrement médical et soignant de l'unité concernée afin d'avoir des éléments de réponse.

Le traitement des réclamations et plaintes est décrit dans le document « Plaintes et réclamations : Conduite à tenir ».

Article 94 – Accès au dossier médical

Un patient ou son ayant droit peut demander la communication d'un dossier médical.

L'accès au dossier médical est réservé :
- au patient lui-même, s'il est majeur,
- à son ayant droit en cas de décès ; l'ayant droit doit préciser le motif de sa demande (connaître les causes du décès, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits), à condition que le patient ne s'y soit pas expressément opposé de son vivant,
- à la personne ayant l'autorité parentale ou au tuteur pour le dossier d'un patient mineur, sauf si ce dernier s'y est expressément opposé,
- au tuteur,
- au médecin que l'une de ces personnes a expressément désigné comme intermédiaire.

La demande de communication de dossier médical est adressée au directeur de l'établissement. Le directeur veille à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical de la personne hospitalisée. C'est le bureau des admissions qui s'en charge dans les délais prévus par la réglementation.

Les demandes de communication de dossier médical sont présentées régulièrement à la CDU.

L'accès au dossier médical par un patient est décrit dans l'instruction « Accès au dossier médical par un patient (QUA-I-0098) ».

Article 95 – CDU

Composition

La CDU est composée comme suit :

- le directeur de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- 3 médiateurs et leurs suppléants :
  // 2 médiateurs médecins et leurs suppléants désignés par le directeur après avis de la CME. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service. Le CHHM étant un établissement départemental avec des structures dans l'ensemble du département, il a été décidé la désignation d'un médiateur médecin et son suppléant pour le nord du département et d'un médiateur médecin et son suppléant pour le sud du département,
  // 1 médiateur non médecin et son suppléant désignés par le directeur parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement ;
- 2 représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'ARS parmi les personnes proposées par les associations agréées. Toutefois, lorsque les personnes siégeant en qualité de représentants des usagers au sein du CS demandent à siéger à ce titre au sein de la CDU, le directeur général de l'ARS est dispensé de solliciter de telles propositions ;
- le président de la CME ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
- 1 représentant de la CSIRMT et son suppléant, désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, parmi les membres de cette instance ;
- 1 représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du CTE en son sein ;
- 1 représentant du CS et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Le responsable de la politique de la qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative.

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel de la CDU est fixée à 3 ans renouvelable ; le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions aux titres desquels les intéressés ont été désignés.

Le directeur arrête la liste nominative des membres de la CDU ; elle est actualisée et transmise au directeur général de l'ARS. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil.

La liste des médiateurs médecins et non médecins est affichée dans toutes les unités de soins.

Sa composition (COMMISSION DES USAGERS Composition) est installée sur Ennov Doc.

Président et vice-président

Les fonctions de président et de vice-président de la CDU sont assurées, soit par le directeur de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, soit par un représentant des usagers.

Le vice-président est issu d'une autre de ces catégories de membres que celle du président.

Le président et le vice-président sont élus au scrutin secret et uninominal à la majorité absolue des suffrages exprimés.

Attributions

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

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

La CDU a son propre règlement intérieur décrit dans l'instruction « Règlement intérieur de la commission des usagers (QUA-I-0108) ».

La CDU est décrite dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

-
IX – Sorties
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Code de la santé publique

- Sortie du patient contre avis médical : conduite à tenir (QUA-I-0028)
- Fugue / Sortie d'un patient à l'insu du service : conduite à tenir (QUA-I-0029)

Article 96 – Permissions

Le patient peut, compte tenu de la longueur de son séjour et de son état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximale de 48 heures.

Ces autorisations de sortie sont accordées, sur avis favorable du médecin, par le directeur ou son représentant.

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 à nouveau que dans la limite des places disponibles. Cette disposition ne s'applique pas aux personnes hospitalisées en soins psychiatriques sans consentement.

Article 97 – Sortie définitive

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé n'impose pas son maintien dans l'une des structures internes du CH, sa sortie est prononcée par le directeur ou son représentant, sur proposition du médecin.

Le patient sortant reçoit, sur demande, un bulletin de situation et les documents nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements.

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

Le médecin traitant, sauf volonté contraire du patient, doit être informé, le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé, des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre ; il doit recevoir toutes les indications propres à le mettre en mesure de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.

Tout malade sortant reçoit les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, sur proposition médicale, pour faciliter le transfert de l'hospitalisé dans un autre établissement adapté à son cas.

Article 98 – Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées sous contrainte, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le CH.

Si le médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour le malade, ce dernier n'est autorisé à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'il a eu connaissance des dangers et risques que cette sortie présentait. La sortie est alors prononcée par le directeur ou son représentant.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de refus est dressé et signé par 2 membres du personnel ayant constaté la volonté de sortie contre avis médical.

Tout refus de soins doit être noté dans le dossier médical du patient.

Malade mineur

Le mineur n'a pas la capacité de demander à sortir contre avis médical. Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant. Elle signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant par cette sortie ; si elle refuse de signer ladite attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé et signé par 2 membres du personnel ayant constaté le refus des soins proposés.

Si cette demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le directeur ou son représentant saisit le procureur de la République afin que soient provoquées les mesures d'assistance éducative permettant de dispenser les soins qui s'imposent.

La conduite à tenir est décrite dans l'instruction « Sortie du patient contre avis médical : conduite à tenir (QUA-I-0028) ».

Article 99 – Sortie disciplinaire

La sortie du malade peut également, hors le cas où l'état de santé de celui-ci l'interdirait, être prononcée en vertu d'une infraction notoire au règlement, à l'organisation ou au fonctionnement entravant la vie en communauté, par une mesure disciplinaire par le directeur ou son représentant, après avis du médecin.

Article 100 – Sortie sans autorisation

Lorsque le patient quitte l'établissement sans avoir expressément avisé de ses intentions le personnel, le médecin ou le directeur, il est déclaré en sortie sans autorisation médicale.

Si une personne de confiance a été désignée, elle est prévenue de cette sortie. La famille et les proches sont prévenus sauf opposition expresse du patient.

Le patient en soins libres est déclaré sortant à l'issue d'un délai de 24 heures. Le directeur ou son représentant est informé par le service qui doit lui adresser un rapport et met en œuvre la procédure administrative spécifique.

La conduite à tenir est décrite dans l'instruction « Fugue / Sortie d'un patient à l'insu du service : conduite à tenir (QUA-I-0029) ».

Article 101 – Sortie du patient en fin de vie

Un patient en fin de vie peut, à sa demande, celle de sa famille, sa personne de confiance ou ses proches, être transféré à son domicile si rien ne le contre indique.

Article 102 – Sortie des mineurs

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

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

Sans cette autorisation écrite, le mineur ne peut sortir qu'accompagné d'une personne exerçant sur lui l'autorité parentale.

Les mineurs ne pourront quitter l'établissement pour des sorties en cours d'hospitalisation que s'ils sont confiés aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles ; sauf décisions de l'autorité judiciaire ou application de l'article L.1111-5 du CSP.

Article 103 – Sortie des patients en soins psychiatriques

Article 103.1 – Patient en soins psychiatriques libres

Le patient en hospitalisation libre peut quitter l'hôpital à tout moment sur sa demande. Le directeur, sur proposition du médecin, prononce sa sortie dans la mesure où son état de santé ne requiert plus son maintien dans les services de l'établissement.

Article 103.2 – Patient en soins psychiatriques sans consentement

Sortie accompagnée

Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, le patient hospitalisé sans son consentement peut bénéficier d'autorisations de sortie de l'établissement de courte durée n'excédant pas 12 heures. Le patient est alors accompagné pendant toute la durée de la sortie par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement, un membre de sa famille ou la personne de confiance. Si son état le permet, il peut bénéficier de sortie non accompagnée d'une durée maximale de 48 heures.

Cette autorisation d'absence est accordée par le directeur sur avis favorable du psychiatre dans lequel est suivi le patient.

Si le patient fait l'objet d'une hospitalisation complète dans le cadre de SPDRE, le directeur transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre 48 heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du préfet, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai.

Sortie définitive

Lorsque qu'un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical que les conditions ayant justifié l'admission ne sont plus remplies et que la levée peut être ordonnée, le directeur en réfère dans les 24 heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue dans un délai de 3 jours francs après la réception du certificat médical pour décider ou non de la levée de la mesure.

Article 104 – Sortie avec transport à organiser

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport, que ce soit en véhicule sanitaire ou non, le malade a le libre choix de l'entreprise de transport.

L'établissement tient, par ailleurs, à la disposition des malades la liste des sociétés de transports sanitaires agréées dans le département.

Si le malade n'exprime pas de choix, le CHHM fait appel aux entreprises de transports sanitaires ou non à tour de rôle.

Dans tous les cas, les frais occasionnés sont à la charge du malade.

-
X – Fin de vie et décès de personnes hospitalisées
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du patient et à la qualité du système de santé
- Code de la santé publique

- Décès : prise en charge (QUA-I-0027)

Article 105 – Fin de vie

L'état de santé d'un patient en fin de vie fait l'objet de réévaluations régulières en réunions pluridisciplinaires afin d'adapter sa prise en charge. Il est par ailleurs proposé à chaque personne de rédiger ses directives anticipées.

Les personnels des unités d'USLD et des SSR peuvent faire appel à l'EMSP du CH de Saint-Dizier afin d'organiser des interventions sur place.

Article 106 – Constat de décès

Le constat de décès procède d'un examen médical suffisant pour s'assurer que la mort est réelle et constante. Il est effectué par le PH de l'unité ou le médecin de garde qui établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des admissions.

Article 107 – Notification du décès

L'infirmière et/ou le médecin et/ou le cadre prévient la famille, la personne de confiance et les proches et le mandataire judiciaire du décès de leur parent ou protégé.

Article 108 – Toilette et préparation du défunt

La toilette est effectuée par l'infirmière ou l'aide-soignante. La présence ou la participation de la famille est possible.

L'équipe soignante doit réaliser l'inventaire des biens du défunt ; 2 agents doivent établir la liste détaillée des objets recensés et la cosigner.

Les objets de valeur doivent être remis et déposés, au coffre de l'accueil standard à Saint-Dizier et sont ensuite transférés à la trésorerie de Saint-Dizier et au coffre à Maine de Biran à Chaumont pour les structures du sud. Aucun objet ou bien appartenant à la personne défunte n'est remis directement à la famille.

Article 109 – Accueil de la famille et démarches administratives

L'équipe soignante est en charge d'accueillir la famille et de l'accompagner jusqu'à la chambre du défunt. Elle prépare avec elle le départ du corps du défunt pour la chambre mortuaire et effectue avec elle les démarches avant la mise en bière.

La prise en charge de la personne décédée, de sa famille et/ou son entourage est décrite dans l'instruction « Décès : prise en charge (QUA-I-0027) » installée sur Ennov Doc.

-
XI – Dispositions relatives à la CUMP
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Décret du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles
- Décret du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (« dispositif ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
- Instruction du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique
- Code de la santé publique

- Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) : intervention (QUA-I-0085)

Article 110 – Objectifs de la CUMP

Une prise en charge psychologique et psychiatrique doit être assurée, dans les meilleurs délais, aux victimes de catastrophes, d'accidents collectifs, d'attentats ou d'évènements à fort retentissement psychologique.

Cette mission est assurée par les psychiatres, les psychologues et les infirmiers en psychiatrie volontaires de la CUMP. Leur action vise à réaliser une prise en charge immédiate et post-immédiate des victimes et des impliqués. Elle s'inscrit dans un objectif de prévention, de prise en charge précoce et si besoin, d'orientation vers un dispositif de soins spécialisés.

Article 111 – Déclenchement de la CUMP

L'intervention de la CUMP départementale est déclenchée par le SAMU 52, après évaluation de la situation et indication d'intervention posée par le médecin psychiatre référent ou, le cas échéant, par le psychiatre de garde (Chaumont ou Saint-Dizier) selon la zone géographique d'intervention.

Elle est décrite dans l'instruction « Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) : intervention (QUA-I-0085) ».

-
XII – Dispositions spécifiques à l'USLD, à l'EHPAD, à l'hébergement temporaire et à l'AJ
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs vulnérables
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions
- Code de la santé publique
- Code de l'action sociale et des familles
- Code de la sécurité sociale
- Code civil

- Règlement de fonctionnement EHPAD (QUA-I-0078)
- Contrat de séjour : EHPAD (QUA-F-0295)
- DIPC : EHPAD (QUA-F-0025)
- Règlement de fonctionnement USLD (QUA-I-0079)
- Contrat de séjour : ULSD (QUA-F-0024)
- DIPC : USLD (QUA-F-0023)
- Règlement de fonctionnement Accueil de jour pour personnes âgées (QUA-I-0080)
- Contrat de séjour : AJ (QUA-F-0022)
- DIPC : AJ (QUA-F-0021)
- Utilisation du contrat de séjour ou du DIPC (USLD - EHPAD - UHR - Hébergement temporaire - Accueil de jour) (QUA-I-0088)
- Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101)
- Règlement de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale des structures gériatriques (USLD - EHPAD) (QUA-I-0112)

Article 112 – Présentation des unités gériatriques et des personnes accueillies

La capacité totale des unités gériatriques se répartit ainsi :

- l'unité « Les Rives de Marne » comprenant 35 lits d'USLD prenant en charge des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des soins médico-techniques importants ;

- l'unité « Les Rives de Marne » comprenant 8 lits d'EHPAD ;

- l'unité « Le Verger » comprenant 40 lits d'EHPAD (dont 12 lits d'UHR), spécialisée dans le soin des personnes souffrant de troubles Alzheimer ou assimilés, qui requièrent une surveillance renforcée mais bénéficient d'une autonomie à la marche ;

- l'hébergement temporaire composé de 2 lits qui peut accueillir, en fonction des places disponibles, des personnes pour une durée d'une semaine à 2 mois afin de soulager l'aidant principal ;

- l'AJ répartis en 2 unités :
  // l'AJ « La clé des champ s », à Saint-Dizier, comprenant 10 places,
  // l'AJ « L'école buissonnière », à Chaumont, comprenant 11 places ;

permettant aux personnes vivant à domicile et souffrant de pathologie Alzheimer et/ou démence apparentée de trouver un lieu pour stimuler leurs capacités gestuelles et cognitives. L'objectif de cet AJ est de maintenir les capacités restantes des personnes, grâce à l'organisation d'ateliers mémoire, pâtisserie, chant... L'AJ permet également à ces personnes et à leur famille de rompre l'isolement, grâce aux sorties à l'extérieur, aux rencontres et discussions avec d'autres personnes de leur âge.

L'ensemble de ces unités est rattaché au pôle territorial médico-social du GHT.

Les règlements de fonctionnement de ces services sont décrits dans les instructions : « Règlement de fonctionnement EHPAD (QUA-I-0078) », « Règlement de fonctionnement USLD (QUA-I-0079) » et « Règlement de fonctionnement Accueil de jour pour personnes âgées (QUA-I-0080) ».

Article 113 – Missions des services gériatriques

Les objectifs des unités de gériatrie permettent de fédérer l'équipe soignante autour de mêmes finalités ; ils se déclinent ainsi :
- soutenir tous les actes qui permettent la communication, le développement et le maintien des capacités des personnes accueillies et répondre à leurs besoins,
- favoriser la sérénité, le bien-être et l'épanouissement de la personne,
- évaluer et gérer les souffrances à la fois physiques et psychologiques de la personne,
- veiller à la sécurité des personnes accueillies,
- permettre au résident / patient d'être acteur, sujet de son quotidien, de sa vie,
- veiller au maintien du lien avec la famille ou ses proches.

Article 114 – Direction des services gériatriques

La direction administrative des services gériatriques relève de la responsabilité du directeur. Il est assisté dans cette fonction par un membre de l'équipe de direction.

Article 115 – CVS

Composition

Le directeur a fixé le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants du CVS des structures gériatriques qui comprend :
- 1 représentant des personnes accueillies ou prises en charge,
- 3 représentants des familles ou des représentants légaux,
- 1 représentant du personnel,
- 1 représentant du CS du CHHM.

Peuvent également assister aux réunions, avec voix consultative :
- le directeur du CHHM et ses représentants,
- le médecin chef de service ou son représentant,
- le cadre supérieur de santé,
- les cadres de santé,
- l'animateur.

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

Sa composition (CVS Gériatrie composition) est installée sur Ennov Doc.

Président et président suppléant

Le président et le président suppléant sont élus à bulletin 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 des voix, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Attributions

Le CVS donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement, notamment :
- l'organisation interne et la vie quotidienne,
- les activités, les animations socioculturelles et les services thérapeutiques,
- les projets de travaux et d'équipements,
- la nature et le prix des services rendus,
- l'affectation des locaux collectifs,
- l'entretien des locaux,
- les relogements prévus en cas de travaux ou fermeture,
- l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants,
- les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

Le « Règlement de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale des structures gériatriques (USLD - EHPAD) (QUA-I-0112) ».

Le CVS est décrit dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 116 – Modalités d'admission en hospitalisation complète / hébergement complet

Les demandes d'admission doivent être déposées au service des admissions de l'hôpital André Breton. La liste des pièces nécessaires au dossier et les modalités générales d'admission sont mentionnées dans le contrat de séjour / DIPC.

Article 117 – Frais de séjour

Les frais de séjour, en unité d'hospitalisation complète, se décomposent de la façon suivante :

Pour les personnes âgées de plus de 60 ans :
- un forfait soins pris en charge par l'assurance maladie,
- un tarif journalier relatif à l'hébergement à la charge du résident / patient et/ou subsidiairement des obligés alimentaires et/ou du conseil départemental si une demande d'aide sociale est déposée,
- un tarif journalier relatif à la dépendance à la charge du résident / patient et/ou subsidiairement des obligés alimentaires et/ou du conseil départemental dans le cadre d'une demande d'APA.

Pour les personnes de moins de 60 ans :
- un forfait soins pris en charge par l'assurance maladie,
- un tarif journalier relatif à l'hébergement à la charge du résident / patient et/ou subsidiairement des obligés alimentaires et/ou du conseil départemental.

Les conditions financières et les modalités de facturation sont détaillées dans le contrat de séjour / DIPC signé par le résident / patient et le directeur.

Pour l'AJ, le tarif journalier relatif à l'hébergement et le tarif journalier relatif à la dépendance sont à la charge de la personne accueillie.

Article 118 – Contrat de séjour / DIPC

Il est signé un contrat de séjour / DIPC entre le résident / patient et le directeur de l'établissement.

Un exemplaire est remis au résident / patient en même temps que le règlement de fonctionnement de l'unité et le livret d'accueil.

Le contrat de séjour / DIPC définit les objectifs et la nature de la prise en soin des résidents / patients au sein des différentes unités.

Il décrit les conditions d'admission, les prestations proposées par l'établissement, les conditions de séjour, les conditions financières, les conditions particulières de facturation et les conditions de résiliation du contrat.

Les contrats de séjour / DIPC utilisés dans ces services sont décrits dans les formulaires : « Contrat de séjour : EHPAD (QUA-F-0295) », « DIPC : EHPAD (QUA-F-0025) », « Contrat de séjour : USLD (QUA-F-0024) », « DIPC : USLD (QUA-F-0023) », « Contrat de séjour : AJ (QUA-F-0022) » et « DIPC : AJ (QUA-F-0021) ».

Article 119 – Projet de service et projet de vie

Les unités concernées sont des lieux de vie et de soins, dont la mission est d'accompagner et de prendre en charge les personnes accueillies dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible et de manière individualisée à leurs besoins et à leurs souhaits.

L'établissement s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents / patients. Dans cet esprit, le personnel aide ces personnes à accomplir les gestes essentiels quotidiens concernant les soins d'hygiène, l'alimentation, l'habillement et met en œuvre toutes mesures préservant et maintenant leur autonomie le plus longtemps possible. De plus, il favorise la vie sociale du résident / patient en l'aidant dans ses déplacements à l'extérieur de l'établissement ainsi que le respect de ses choix chaque fois que possible.

Il est proposé à chaque résident / patient un accompagnement individualisé et le plus adapté possible à ses besoins dans la continuité des interventions. Il dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur. Son consentement éclairé est à chaque fois recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension. Le résident / patient peut désigner par écrit une personne de confiance, qui sera consultée au cas où il ne peut exprimer sa volonté et recevoir toute l'information nécessaire. La désignation est révocable à tout moment.

Les familles sont invitées à participer, en concertation avec les soignants, aux activités liées à l'animation, selon leurs possibilités et le projet individuel de chaque résident/ patient.

Article 120 – Rapport d'activité

Le directeur en charge des services gériatriques établit annuellement un rapport d'activité qui est communiqué à l'ARS, au directeur du CHHM et au président de la CME.

Article 121 – Respect de la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes en institution

Les recommandations de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (*cf. annexe 5*) et la charte de la personne hospitalisée (*cf. annexe 1*) sont appliquées dans l'établissement ; les chartes sont affichées sur la porte à l'intérieur de chaque chambre et sur les panneaux d'affichage.

Article 122 – Surveillance médicale des résidents / patients

Une surveillance médicale régulière est assurée par le médecin gériatre de l'unité. Cette surveillance ne donne pas lieu à la perception d'honoraires. La rémunération de ce médecin est financée par le forfait soins.

Les consultations auprès de médecins spécialistes, les examens, les actes pratiqués à l'extérieur ainsi que les frais de transport occasionnés par ceux-ci, sont compris dans les frais de séjour, à l'exception des prothèses (lunettes, appareils dentaires...).

Si son état le nécessite, le résident / patient est hospitalisé dans un établissement hospitalier

de son choix. L'établissement d'accueil est défini d'un commun accord entre le médecin de l'unité et le résident / patient (ou éventuellement son représentant).

Article 123 – Dossier des résidents/ résidents

Le respect de la confidentialité des données relatives au résident / patient est garanti dans le respect de la réglementation en vigueur. En particulier, la consultation du dossier médical et de soins est exclusivement réservée au personnel médical et paramédical.

Tout résident/ patient, accompagné s'il le souhaite de la personne de son choix et le cas échéant son représentant légal, a accès, sur demande adressée par écrit au directeur de l'établissement, à son dossier médical et de soins. La communication des données peut s'effectuer avec un accompagnement psychologique ou médical si nécessaire.

Article 124 – Sécurité des résidents / patients

La liberté de se déplacer dans les structures pour les personnes présentant des troubles cognitifs constitue un principe pour l'unité.

Les portes sont munies d'un digicode au Verger.

Le recours à la contention physique pour une personne présentant un comportement à risque doit être utilisé le moins possible, le mieux possible et le moins longtemps possible. Une prescription médicale motivée est réalisée ainsi qu'une information auprès de la personne et de ses proches.

Article 125 – Assurances

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Cette assurance n'exonère pas le résident / patient pour les dommages dont il pourrait être la cause. Il est donc demandé de souscrire une assurance responsabilité civile individuelle et de fournir chaque année une attestation à l'établissement.

-
XIII – Dispositions spécifiques à la MAS

Références textuelles ou bibliographiques :
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2002 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Code de l'action sociale et des familles
- Code de la santé publique

- Règles de fonctionnement MAS Résidence Léontine
- Règles de fonctionnement MAS Résidence Jean
- Règles de fonctionnement MAS Résidence Marc
- Règles de fonctionnement MAS Résidence Mosaïque
- Contrat de séjour MAS (QUA-F-0035)
- CVS MAS Composition
- Règlement de fonctionnement du conseil de la vie sociale de la maison d'accueil spécialisée (QUA-I-0131)
- Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101)

Article 126 – Présentation de la MAS et des personnes accueillies

En 2016, sa capacité totale est de 57 lits d'hospitalisation complète et 5 places d'accueil de jour.

Les locaux de la MAS sont distribués en 4 résidences de vie :
- les résidences Marc et Jean représentent 26 lits en reconversion de lits du secteur psychiatrique ; (13 adultes autistes sont pris en charge dans la résidence Marc),
- la résidence Léontine représente 18 lits en reconversion de lits de psychiatrie,
- la résidence Mosaïque représente 13 lits.

Les 5 places d'accueil de jour sont réparties sur les différentes résidences.

La MAS est une structure rattachée au pôle territorial médico-social du GHT.

Elle accueille des personnes adultes en situation de handicap physique, psychique, intellectuel et mental et dont l'état de santé nécessite une assistance dans tous les actes de la vie quotidienne.

Les personnes prises en charge présentent des pathologies telles que psychose infantile, déficit intellectuel ou troubles envahissants du développement, ces pathologies étant stabilisées et ne nécessitant pas de soins intensifs.

Les règlements de fonctionnement des résidences de la MAS sont décrits dans les instructions « Règles de fonctionnement MAS Résidence Léontine », « Règles de fonctionnement MAS Résidence Jean », « Règles de fonctionnement MAS Résidence Marc » et « Règles de fonctionnement MAS Résidence Mosaïque ».

Article 127 – Missions de la MAS

La MAS est un lieu de vie destiné à assurer :
- les besoins courants de la vie (hébergement, alimentation...),
- les soins médicaux et paramédicaux,
- les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies,
- des activités sociales, en particulier d'occupation, d'éveil et d'animation, destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions.

Article 128 – Direction de la MAS

La direction administrative de la MAS relève de la responsabilité du directeur. Il est assisté dans cette fonction par un membre de l'équipe de direction.

Article 129 – CVS

Composition

Le directeur a fixé le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants du CVS de la MAS qui comprend :
- 3 représentants des personnes accueillies, de leurs représentants légaux ou de leurs familles,
- 1 représentant du personnel,

- 1 représentant du CS.

Peuvent également assister, avec voix consultative :
- le directeur du CHHM et ses représentants,
- le médecin responsable de la MAS,
- le cadre supérieur de santé,
- le(s) cadre(s) de santé.

Etant très difficile de pourvoir les sièges des représentants des personnes accueillies, il a été décidé de regrouper ces sièges avec ceux dédiés à leurs représentants légaux ou leurs familles.

Le nombre des représentants des personnes accueillies et de leurs familles ou de leurs représentants légaux doit être supérieur à la moitié du nombre total des personnes désignées.

Le directeur arrête la composition du CVS qui est affichée.

La composition de l'instance est décrite dans CVS MAS Composition est installée sur Ennov Doc.

Président et président suppléant

Le président et le président suppléant sont élus à bulletins secrets et à la majorité des membres à voix délibérative parmi les membres du collège des personnes accueillies, de leurs représentants légaux ou de leurs familles.

Attributions

Le CVS donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement, notamment :
- l'organisation interne et vie quotidienne,
- les activités, animations socioculturelles et services thérapeutiques,
- l'ensemble des projets de travaux et d'équipement,
- la nature et le prix des services rendus par l'établissement,
- l'affectation des locaux collectifs,
- l'entretien des locaux,
- les relogements prévus en cas de travaux ou fermeture,
- l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants,
- les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

Le « Règlement de fonctionnement du conseil de la vie sociale de la maison d'accueil spécialisée (QUA-I-0131) » est installé sur Ennov Doc.

Le CVS est décrit dans l'instruction « Instances réglementaires : fonctionnement (QUA-I-0101) ».

Article 130 – Modalités d'admission des résidents

La demande d'admission est adressée au directeur par les familles, les hôpitaux, les établissements pour les personnes handicapées, les services sociaux.

Elle ne peut être prise en compte que si un avis d'orientation en MAS a été émis par la MDPH.

Un dossier administratif et médical est alors adressé au demandeur.

Il est constitué :
- d'un compte rendu médical renseigné par le médecin traitant,
- d'une fiche détaillée destinée au personnel soignant décrivant la vie courante,
- d'une fiche administrative.

Le dossier complet est ensuite soumis à la commission d'admission interne.

Commission d'admission interne

Elle est composée :
- du médecin responsable de la MAS,
- du directeur ou son représentant,
- des cadres de la MAS,
- des éducateurs,
- de 2 représentants du personnel soignant.

La commission peut rencontrer la personne concernée si elle le souhaite.

Elle peut également demander un séjour d'essai.

La commission peut refuser l'admission d'un résident en motivant le refus, par :
- le fait que le résident ne corresponde pas à la vocation de l'établissement,
- la nature de son handicap, incompatible avec les soins donnés par l'établissement.

Lorsque la MAS ne dispose plus d'aucune place, le dossier est inscrit sur une liste d'attente.

Les résidents originaires du département de la Haute-Marne sont prioritaires.

Un dossier administratif complet sera constitué lors de l'admission définitive.

Article 131 – Contrat de séjour

Il est signé un contrat de séjour entre le résident et le directeur de l'établissement.

Un exemplaire est remis au résident en même temps que le règlement de fonctionnement de la résidence et le livret d'accueil.

Le contrat de séjour définit les objectifs et la nature de la prise en charge des résidents au sein des différentes résidences.

Il décrit les conditions d'admission, les prestations proposées par l'établissement, les conditions de séjour, les conditions financières, les conditions particulières de facturation et les conditions de résiliation du contrat.

Le contrat de séjour est décrit dans le formulaire « Contrat de séjour MAS (QUA-F-0035) ».

Article 132 – Projet de service et projet de vie

Dès l'admission prononcée, une grille d'évaluation permettra de réaliser le bilan des acquis du résident, d'estimer son comportement, ses troubles psychiatriques et son autonomie.

Cette démarche permettra d'élaborer le projet de vie individuel et personnalisé du résident. Le médecin somaticien participe aux réunions du PAP afin de rencontrer les familles.

Chaque résident bénéficie d'un projet de vie individualisé qui a pour objectif de :
- l'accompagner dans le développement de son autonomie individuelle,
- favoriser le contact avec son environnement proche.

Une évaluation semestrielle sera réalisée, permettant de faire le point sur une éventuelle

réinsertion du résident qui reste l'objectif principal.

Les résidences concernées sont des lieux de vie et de soins, dont la mission est d'accompagner et de prendre en charge les personnes accueillies dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible et de manière individualisée à leurs besoins et à leurs souhaits.

L'établissement s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents. Dans cet esprit, le personnel aide ces personnes à accomplir les gestes essentiels quotidiens concernant la toilette, les autres soins quotidiens du corps, l'alimentation, l'habillement et met en œuvre toutes mesures préservant et maintenant leur autonomie le plus longtemps possible. De plus, il favorise la vie sociale du résident en l'aidant dans ses déplacements à l'extérieur de l'établissement ainsi que le respect de ses choix chaque fois que possible.

Les familles sont invitées à participer, en concertation avec les soignants, aux activités liées à l'animation, selon leurs possibilités et le projet individuel de chaque résident.

Article 133 – Rapport d'activité

Le directeur en charge de la MAS établit annuellement un rapport d'activité qui est communiqué à l'ARS, au directeur du CHHM et au président de la CME.

Article 134 – Respect de la charte des droits et libertés de la personne accueillie

Les recommandations de la charte des droits et libertés de la personne accueillie (*cf. annexe 6*) sont appliquées dans l'établissement ; cette charte est affichée sur la porte à l'intérieur de chaque chambre.

Article 135 – Surveillance médicale des résidents

Elle est assurée par un PH du service territorial de psychiatrie adulte intersectoriel, à hauteur de 2 demi-journées par semaine.

Des examens médicaux complémentaires pourront être prescrits et pris en charge par la MAS.

En cas de nécessité, le résident pourra être hospitalisé. Administrativement, l'hospitalisation est considérée comme une sortie de l'établissement.

Article 136 – Dossier des résidents

Le respect de la confidentialité des données relatives au résident est garanti dans le respect de la réglementation en vigueur. En particulier, la consultation du dossier médical et de soins est exclusivement réservée au personnel médical et paramédical.

Tout résident, accompagné s'il le souhaite de la personne de son choix et le cas échéant son représentant légal, a accès, sur demande adressée par écrit au directeur de l'établissement, à son dossier médical et de soins. La communication des données peut s'effectuer avec un accompagnement psychologique ou médical si nécessaire.

Article 137 – Sécurité des résidents

La liberté de se déplacer dans la structure pour les personnes présentant des troubles cognitifs constitue un principe pour la résidence.

Le recours à la contention physique pour une personne présentant un comportement à risque doit être utilisé le moins possible, le mieux possible et le moins longtemps possible. Une prescription médicale motivée est réalisée ainsi qu'une information auprès de la personne et de ses proches. Une surveillance et une évaluation fréquente de la sécurité de la personne sont mises en place.

Article 138 – Assurances

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Cette assurance n'exonère pas le résident pour les dommages dont il pourrait être la cause. Il est donc demandé de souscrire une assurance responsabilité civile individuelle et de fournir chaque année une attestation à l'établissement.

-
XIV – Dispositions spécifiques au CAMSP
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Code de l'action sociale et des familles
- Code de la santé publique

- CAMSP Règlement
- CAMSP Livret d'accueil

Article 139 – Présentation des antennes du CAMSP et des enfants accueillis

Le CAMSP est organisé en 2 antennes de 58 places chacune, l'une implantée à Saint-Dizier et l'autre à Chaumont.

Ces 2 antennes ont leur propre directeur technique et leur équipe de personnel. Elles sont rattachées au service territorial psychiatrie enfant et adolescent.

Le CAMSP est le seul établissement médico-social à proposer une intervention globale, pluridisciplinaire et coordonnée sur le handicap des enfants de 0 à 6 ans de façon à faciliter le dépistage et la prise en charge précoce et favoriser le meilleur développement possible.

Polyvalent, il accueille des enfants atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental ou présentant un risque de handicap et joue un rôle pivot entre le sanitaire et le médico-social afin de mobiliser les soins dans une visée d'intégration des enfants dans les structures ordinaires (crèches, écoles maternelles).

Article 140 – Missions du CAMSP

Le CAMSP a 5 missions prioritaires :
- le dépistage et le diagnostic précoce des déficits ou handicaps,
- la prévention ou la réduction de l'aggravation de ces handicaps,
- la cure ambulatoire et la rééducation précoce des enfants présentant ces déficits ou handicaps,
- l'accompagnement des familles, soit au cours des consultations, soit à domicile, dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant,
- le soutien et l'aide à l'adaptation sociale et éducative.

Sur le plan du personnel, le dépistage et les traitements sont effectués et la rééducation mise en œuvre, sans hospitalisation, par une équipe composée de médecins spécialisés, de rééducateurs, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de personnels d'éducation précoce, d'assistants sociaux et, en tant que de besoin, d'autres techniciens.

Article 141 – Direction du CAMSP

La direction administrative du centre relève de la responsabilité du directeur de l'établissement.

Le directeur technique de chaque antenne est obligatoirement un médecin, pédiatre ou pédopsychiatre, membre de l'équipe médicale de l'antenne du CAMSP. Il exerce à l'égard du service qu'il dirige, les responsabilités dévolues par les textes aux chefs de service. Il est nommé par le directeur, après avis de la CME.

Article 142 – Relations avec les autres partenaires médico-sociaux, soignants et éducatifs

Les membres de l'équipe seront en rapport constant avec les personnes amenées à s'occuper de l'enfant dans les différents lieux que celui-ci peut fréquenter.

Les médecins du centre resteront en collaboration étroite avec le médecin traitant de l'enfant.

Ce dernier peut assister aux consultations et recevra un compte rendu de la réunion de synthèse concernant l'enfant qu'il suit ; sauf si les parents de l'enfant expriment la volonté contraire.

Article 143 – Rapport d'activité

Le directeur technique établit annuellement un rapport d'activité qui est communiqué à l'ARS, au directeur du CHHM et au président de la CME.

Article 144 – Respect de la charte des droits et libertés de la personne accueillie

Les recommandations de la charte des droits et libertés de la personne accueillie sont affichées dans de chaque antenne.

Le CAMSP dispose d'un règlement de fonctionnement (« CAMSP Règlement ») et d'un livret d'accueil (« CAMSP Livret d'accueil ») installés sur Ennov Doc.

Un dossier individuel de prise en charge est constitué pour chaque enfant pris en charge ainsi qu'un projet de soin individualisé.

-
XV – Dispositions relatives au personnel
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
- Code de la santé publique
- Code de déontologie médicale
- Code du travail
- Code pénal
- Note d'information du 11 février 2016 relative à la protection des agents victimes de menaces et de violences à l'hôpital
- Note de service du 1er mars 2012 relative au respect du libre choix du patient
- Note du 11 février 2021 : utilisation des téléphones portables
- Lignes directrices de gestion
- Note d'information GHT NI72 : création d'une cellule « signalements » du 31/03/2021

- Guide Ressources Humaines - Référentiel de la gestion du temps de travail
- GUIDE bientraitance version definitive 1.0
- Système informatique : procédure d'accès (QUA-I-0063)
- Tenue professionnelle : soignants (QUA-I-0087)
- Règlement intérieur Dispositions concernant les agents potentiellement sous l'emprise de substances psychoactives (alcool, etc…) sur le lieu de travail

Temps de travail

Article 145 – Organisation du temps de travail

Article 145.1 – Organisation du temps de travail du personnel non médical

L'organisation du temps de travail du personnel non médical fait l'objet d'un document arrêté par le directeur après avis du CTE, de la CME et de la CSIRMT conformément à la réglementation en vigueur.

Elle est définie dans le document « Guide Ressources Humaines - Référentiel de la gestion du temps de travail ».

Celui-ci définit les principales règles relatives à la gestion du temps de travail et les droits statutaires des personnels ; elle comporte les chapitres suivants :
- les dispositions relatives à l'organisation du travail,
- les congés annuels,
- les congés supplémentaires,
- les congés bonifiés,
- la journée de solidarité et les jours fériés,
- les absences autorisées ou justifiées liées à la famille,
- les absences diverses,
- les absences syndicales,
- les heures supplémentaires,
- les jours RTT,
- le compte épargne temps,
- les astreintes.

Article 145.2 – Organisation du temps de travail du personnel médical

L'organisation du temps de travail médical fait l'objet d'un document fixant les dispositions arrêtées par le directeur avec la COPS après avis de la CME conformément à la réglementation en vigueur.

Gestion des carrières

Article 146 – Grade et rémunération

Le grade est distinct de l'emploi ; le grade est le titre qui confère à son titulaire vocation à occuper l'un des emplois qui lui correspondent.

Les fonctionnaires ont droit, après service fait, à une rémunération comprenant le traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement ainsi que les indemnités éventuelles instituées par un texte législatif ou réglementaire.

Le montant du traitement est fixé en fonction du grade de l'agent et de l'échelon auquel il est parvenu.

Les fonctionnaires sont affiliés à des régimes spéciaux de retraite et de sécurité sociale.

Article 147 – Evaluation

Selon la procédure mise en place, chaque agent a droit à une évaluation annuelle. Le pouvoir de fixer les appréciations générales exprimant la valeur professionnelle des fonctionnaires est exercé par le directeur, après avis du ou des supérieurs hiérarchiques directs.

Article 148 – Avancement

L'avancement des fonctionnaires comprend l'avancement d'échelon et l'avancement de grade tels que définis par les lignes directrices de gestion.

Article 149 – Planning

Chaque agent doit avoir connaissance du tableau de service au moins 15 jours à l'avance. Le tableau de service est établi par le responsable de service à partir d'une trame validée par la DRH et soumis réglementairement au CTE.

Toutes les rectifications nécessaires sont portées à la connaissance des personnes intéressées 48 heures à l'avance, sauf cas de force majeure, notamment, absence inopinée d'un agent à remplacer.

Accueil des agents

Article 150 – Accueil et intégration des nouveaux arrivants

Tout agent nouvellement nommé sur l'établissement, installé récemment ou très prochainement dans ses fonctions, a la possibilité de recevoir une information relative à l'organisation, aux activités, aux modes de fonctionnement, aux instances représentatives et spécialisées, à l'organigramme de direction de l'hôpital. Il est informé des droits et services auxquels il peut prétendre et des devoirs qui lui incombent en tant qu'agent de l'établissement.

A cet effet, la prise de connaissance du présent règlement intérieur lui est proposée et facilitée.

Tout agent arrivant est en droit d'attendre de la part de ses nouveaux collègues un accueil ouvert et informatif. Le service s'organise de manière à lui garantir les conditions d'une intégration effective et réussie.

Par ailleurs, une journée d'accueil et d'intégration est organisée de façon périodique au sein de l'établissement pour les nouveaux arrivants (1 à 2 fois par an).

Article 151 – Visite médicale

Tout agent fait l'objet d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai qui fait suite à l'embauche. Cet examen doit être renouvelé en respectant la périodicité prévue par la réglementation.

Droits des agents

Article 152 – Droits statutaires

Les agents de l'établissement bénéficient des droits qui leur sont reconnus, le cas échéant, par les dispositions statutaires relatives aux fonctionnaires hospitaliers et, le cas échéant, par le code du travail (quatrième partie : santé et sécurité du travail).

L'établissement garantit le respect de ces droits, dans toute la mesure de leur conciliation avec les obligations et missions du SPH.

Article 153 – Liberté d'opinion - non discrimination

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires.

Les agents jouissent de leur liberté d'expression au sein de l'hôpital et à l'extérieur. Toutefois, celle-ci est limitée pour tout agent public par l'obligation d'obéissance, le devoir de neutralité et l'obligation de réserve.

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

Toutefois, des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

Article 154 – Protection contre le harcèlement sexuel et moral

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un agent en prenant en considération :
- le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés dans les articles 6 et suivants de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant titre Ier du statut général des fonctionnaires,
- le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes,
- le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

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

Une cellule « signalements » a été créée dans ce sens : Note d'information GHT du 31/03/2021.

Article 155 – Protection des agents victimes de menaces et de violences au travail

En application de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, l'administration hospitalière est tenue de protéger ses agents contre les menaces, violences, voies de fait ou injures, diffamations ou outrages dont ils sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

Les agressions physiques et/ou verbales dont sont victimes les personnels hospitaliers sont passibles de poursuites judiciaires.

L'agent doit être visé en tant que tel en raison de sa qualité, de ses activités ou de son comportement ; ainsi, ne peuvent donner lieu à protection, les menaces ou attaques dont un fonctionnaire est l'objet en dehors de l'exercice de ses fonctions (vie privée).

Le fait qu'un agent ait commis une faute, une erreur ou une maladresse ne suffit pas à lui faire perdre la protection fonctionnelle sauf si cette faute est personnelle (non de service).

Tout agent victime d'une agression au cours ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions doit, sans délai, déposer plainte, soit personnellement, soit accompagné du cadre de son service au commissariat le plus proche du lieu de l'agression.

Afin de se protéger contre d'éventuelles représailles de l'auteur de l'infraction, la victime aura tout intérêt, lors de son dépôt de plainte, à indiquer l'adresse de l'hôpital et non son adresse personnelle. Une simple inscription en « main courante » n'entraînera pas de déclenchement de la procédure pénale ; elle permettra uniquement de consigner des faits dans un registre de police.

L'hôpital peut subir un préjudice « par ricochet » lorsqu'un de ses agents est victime d'un acte de violence. Cette situation (réparation du préjudice subi au titre de l'arrêt de travail, du remplacement de l'agent...) lui permet de s'impliquer dans le processus juridictionnel, le plus souvent aux côtés de l'agent. Le directeur de l'établissement ou son représentant peut donc être amené à déposer également plainte. Toutefois, le CHHM ne peut se substituer à l'agent et déposer une plainte en ses lieux et places. Le fait que l'agent se refuse à déposer plainte ne constitue pas un obstacle au dépôt de plainte par l'hôpital au titre de son propre préjudice. Dans tous les cas, la direction de l'hôpital doit être immédiatement informée du dépôt de plainte.

Article 156 – Protection juridique

Les fonctionnaires hospitaliers bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection juridique dans le cas où ils feraient l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

L'établissement assure par ailleurs une prise en charge psychologique aux agents agressés.

Article 157 – Liberté syndicale et droit de grève

Le droit syndical est garanti aux fonctionnaires.

Le directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans la mesure où le principe de neutralité du service public et le droit des personnes sont respectés.

Les activités syndicales du personnel doivent se dérouler hors de la présence des patients et

dans le cadre réglementaire prévu à cet effet.

L'affichage des informations syndicales s'effectue sur des panneaux prévus à cet effet. La distribution des documents d'origine syndicale peut être assurée dans l'enceinte de l'établissement, hors des locaux réservés aux usagers, y compris durant les heures de service. Dans ce cas, les agents distribuant les documents ne peuvent eux-mêmes être en service ou doivent bénéficier d'une décharge.

Les organisations syndicales peuvent tenir leurs réunions au sein de l'établissement ; des locaux leur sont dédiés sur le site de l'établissement et les personnels qui y assistent ne sont pas en service ou disposent d'une décharge.

Les fonctionnaires exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent.

Article 158 – Droit d'accès à son dossier administratif

Tout fonctionnaire a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. L'agent doit en faire la demande au directeur des ressources humaines ou à la cellule des affaires médicales en ce qui concerne le personnel médical.

Article 159 – Droit à la formation

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux fonctionnaires. Ils peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans des conditions fixées par des statuts particuliers.

Article 160 – Sécurité et santé des personnels

L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :
- des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail,
- des actions d'information et de formation,
- la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

Article 161 – Droit de retrait

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dès lors qu'il existe un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé.

Le droit de retrait permet alors au membre du personnel concerné de n'encourir aucune sanction ni aucune retenue de traitement. Le cas échéant, le retrait doit s'effectuer de telle manière qu'il ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent.

L'agent doit immédiatement signaler au directeur ou à son représentant toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent

pour sa vie ou sa santé ainsi que toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection.

Le directeur ou son représentant informe le CHSCT.

Le directeur ou son représentant ne peut demander à l'agent de reprendre son activité dans une situation du travail où persiste un danger grave et imminent résultant par exemple d'une défectuosité du système de protection. Il doit, lorsque la nécessité l'impose, prendre les mesures adéquates et donner les instructions nécessaires pour permettre aux travailleurs, en cas de danger grave, imminent et inévitable, d'arrêter leur activité et de se mettre en sécurité en quittant immédiatement le lieu de travail.

Obligations des agents

Article 162 – Obéissance hiérarchique

Tout agent, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public ; ces 2 conditions sont cumulatives. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

Tout agent doit respecter la continuité du service et la ponctualité.

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail, ne peut s'y dérober pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. L'application de cette disposition ne peut naturellement faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives ou par décret.

Article 163 – Service minimum et assignation

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de SPH justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence.

Le directeur a le devoir d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum selon les critères de présence en vigueur les dimanches et jours fériés.

Article 164 – Information du supérieur hiérarchique de tout incident

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique d'un EIG ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Dans le cadre de la politique et de la prévention des risques, tout EI doit faire l'objet d'un signalement conformément au protocole établi.

L'agent a également la possibilité d'informer le CHSCT des incidents ou accidents.

Article 165 – Utilisation du système d'information

Chaque agent doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système d'information. Il doit appliquer les dispositions légales en la matière en respectant les chartes et règlements que l'institution se donne.

L'organisation mise en place en vue d'assurer la protection et la fiabilité des informations circulant sur le système informatique est décrite dans l'instruction « Système informatique : procédure d'accès (QUA-I-0063) ».

Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable.

Article 166 – Conservation en bon état des locaux, matériels et effets

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

Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée, sans préjudice de poursuites disciplinaires.

Article 167 – Lutte contre le bruit

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

Article 168 – Identification du personnel

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles et sauf exceptions décidées par le directeur, une identification du personnel a été instaurée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte ou au moyen de badge pour les autres agents en relation avec les usagers du CH.

Cette disposition s'applique également aux personnels des associations qui interviennent dans les services.

Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification, établi dans un souci d'humanisation de l'hôpital.

Article 169 – Tenue vestimentaire de travail

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services de soins et les services généraux et techniques du CH doivent, en principe, adopter les tenues vestimentaires de travail qui leur sont dévolues.

L'établissement assure gratuitement la fourniture de 5 tenues de travail et le blanchissage des vêtements de travail à tous les agents concernés qui, en contrepartie, doivent les porter pendant qu'ils sont en service. Avant l'envoi de la tenue au blanchissage, toutes les poches doivent être vidées pour éviter les accidents et l'endommagement des tenues conformément au protocole en vigueur.

Le port de la tenue de travail doit permettre d'avoir les bras dégagés ; par conséquent, le port de gilets personnels et/ou de vêtements personnels à manches longues ou avec col portés sous ou sur la tenue de travail est interdit.

Des chaussures adaptées à l'usage professionnel seront aussi de rigueur, distinctes de celles réservées à l'usage privé et présentant des garanties de prévention des chutes et facilement lavables.

Il peut être dérogé à cette règle lorsque les médecins estiment qu'il est souhaitable que, pour des motifs thérapeutiques, certains agents au contact des malades évitent le port d'une blouse.

Le port des vêtements de travail est interdit au restaurant du personnel et à l'extérieur du CH lorsque le personnel n'est pas en service.

En ce qui concerne le personnel soignant, une tenue standard doit être portée et doit répondre aux principes de base suivants :
- les cheveux sont propres, courts ou attachés et relevés ;
- les ongles sont courts, propres. Le vernis (même incolore) et les faux ongles sont interdits (réservoir de germes) ;
- les bijoux manuportés sont interdits ; ils constituent un réservoir de germes, réduisent la performance des techniques d'hygiène des mains. Les colliers sont acceptés à condition qu'ils soient ras du cou sans contact avec l'environnement du patient. Les boucles d'oreilles sont acceptées (hormis les modèles avec pendentifs exagérés) ;
- la montre est accrochée à la tunique ou à la blouse et est facilement nettoyable ;
- aucun vêtement porté sous la tenue professionnelle ne doit dépasser ;
- tout vêtement porté sur la tenue professionnelle est fourni et entretenu par l'établissement ; en aucun cas, ils ne doivent être portés lors des soins ;
- SHA à disposition dans les poches.

La tenue professionnelle standard des professionnels est décrite dans l'instruction « Tenue professionnelle : soignants (QUA-I-0087) » installée sur Ennov Doc.

Article 170 – Tenue correcte exigée

Une tenue irréprochable et décente dans l'habillement, comme dans l'hygiène et le langage, est exigée de l'ensemble du personnel.

Les personnels respectent les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Article 171 – Effets et biens personnels – responsabilité

Chaque membre du personnel médical et non médical est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol, toute perte d'argent, valeurs ou objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l'établissement. Il en est de même des déprédations subies par les biens appartenant au personnel, sauf si lesdites déprédations sont occasionnées par une faute imputable au service.

Obligations des agents envers les malades

Article 172 – Attitude envers les malades

A tous les échelons, le personnel doit s'efforcer d'assurer aux malades dont il a la charge, le maximum de confort physique et moral. La familiarité à l'égard des malades est proscrite.

Il prend toutes les dispositions pour contribuer personnellement, dans l'exercice de ses fonctions, au climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux hospitaliers. Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels de l'hôpital.

Tout acte de maltraitance envers un patient doit être signalé et pour ce faire, un « GUIDE bientraitance version definitive 1.0 », est mis à disposition des personnels. Cet outil doit permettre aux agents qui auraient été témoins d'actes ou de paroles malveillantes de la part de l'entourage de la personne hospitalisée (famille, soignant ou autre…) de faire un signalement auprès de sa hiérarchie.

Article 173 – Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients

Aucun employé du CHHM ne doit conserver des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés exceptionnellement par des malades. Ces dépôts doivent être versés, sans délai, à la banque des hospitalisés ou aux services économiques, dans les conditions prévues à l'article 70 du présent règlement.

Article 174 – Respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients et des visiteurs

En vertu du principe de neutralité du service public, aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leur famille, qui doivent notamment, être tenus à l'écart des mouvements à caractère social ou syndical, susceptibles d'apparaître dans le CH.

Le fait pour un agent public de manifester dans l'exercice de ses fonctions ses croyances religieuses, notamment en portant un signe ostentatoire destiné à marquer son appartenance à une religion, constitue un manquement à ses obligations.

Article 175 – Respect de la vie privée du patient

Les personnels de l'établissement veillent au respect de la vie privée du patient.

Article 176 – Respect de dignité et de l'intimité du patient

Les personnels de l'établissement doivent respecter la dignité de la personne malade.

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.

L'intimité du patient et du résident doit être respectée, dans le cadre des soins comme dans l'accès à la chambre.

Article 177 – Accueil des familles

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

Article 178 – Devoir d'information envers les patients et leur famille

Les personnels hospitaliers sont tenus de satisfaire aux demandes d'information du patient et de sa famille dans le respect des obligations de secret et de discrétion professionnels et la limite de leurs attributions professionnelles. Ils participent ainsi à la transparence des décisions et des dossiers.

Article 179 – Secret professionnel

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel ; qu'il s'agisse ou non de personnels soignants ou de personnels en contact direct avec les patients ou non, quelle que soit leur profession.

Cependant, le directeur ou son représentant délie l'agent de cette obligation au profit d'un juge d'instruction ou d'un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire du magistrat qui, seuls, peuvent requérir la délivrance de certificats ou réquisitions ou la saisie de dossiers dans les conditions fixées par la loi.

En l'absence d'opposition des malades, les indications d'ordre médical -tels diagnostics et évolution de la maladie- ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions fixées par le code de déontologie : les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être donnés par les cadres soignants.

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

Pour assurer le respect du secret professionnel, aucune information ne doit en principe être délivrée par téléphone.

Les manquements au respect du secret professionnel seront punissables des peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Il pourra être dérogé au secret professionnel selon les règles prévues à l'article 226-14 du code pénal.

Article 180 – Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de leur fonction.

Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, photographes, agents d'assurance et démarcheurs.

Article 181 – Respect du libre choix du malade ou de sa famille en matière de prestataires médicaux

Le respect du libre choix du patient, particulièrement en matière de prestataires médicaux s'impose à tous les agents de l'établissement.

Le patient est le seul propriétaire des prescriptions qui le concernent et doit pouvoir faire valoir son droit de choisir librement les professionnels de santé par lesquels il souhaite être pris en charge conformément, en particulier, aux dispositions de l'article L.1110-8 du CSP.

Si à l'issue d'une hospitalisation, il s'avère nécessaire de faire appel à un fournisseur de matériels médicaux afin d'assurer, sur prescription médicale, la continuité des soins à domicile, il ne peut en aucun cas être recommandé au patient un prestataire particulier, ni lui être remis de liste de prestataires ou de documents publicitaires.

De même, il est interdit de laisser circuler dans les locaux dédiés aux soins et à la prise en charge des patients, des professionnels ou commerciaux de sociétés ou de pharmacies dispensatrices de matériels médicaux, d'oxygène médical ou d'appareils d'aérosolthérapie.

Le non respect de ces règles constituerait une faute personnelle et exposerait l'agent qui l'a commise à des sanctions pénales prévues notamment à l'article L.4163-2 du CSP et à l'article 432-14 du code pénal réprimant le délit de favoritisme.

Article 182 – Exclusion des personnes se comportant de façon importune

Les personnels de l'établissement protègent les patients de tout comportement importun. De ce fait, tout visiteur troublant le repos des malades ou gênant le fonctionnement du service, pourra être expulsé et interdit de visite sur décision du directeur.

Les patients peuvent demander aux cadres de santé d'interdire l'accès de leur chambre aux personnes qu'ils désignent.

Interdictions

Article 183 – Désintéressement

Aucun membre du personnel ne peut avoir des intérêts de nature à compromettre son indépendance dans une entreprise en relation avec son service ou avec l'établissement.

Il est interdit à l'ensemble des agents de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

En outre, le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire de la part des malades ou des visiteurs.

Article 184 – Interdiction d'utiliser des biens communs à usage personnel

Aucun produit ou équipement ne peut être utilisé à des fins personnelles.

Article 185 – Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Tout fonctionnaire (titulaire et contractuel) doit consacrer l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées. Il ne peut exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit.

Néanmoins l'article 2 du décret du 2 mai 2007 liste certaines activités accessoires susceptibles d'être autorisées, sous réserve que cette activité ne porte pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du SPH. L'agent doit solliciter le directeur pour obtenir son autorisation.

Les dispositions du premier alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux praticiens des hôpitaux à temps partiel, aux médecins attachés et, dans le respect des textes législatifs et réglementaires régissant ces activités, aux PH à temps plein autorisés à exercer une activité libérale ou une AIG, ainsi qu'aux agents travaillant à 70 % au moins.

Article 186 – Interdiction de consommer des boissons alcoolisées ou des substances illicites

Il est interdit d'introduire et de consommer au sein de l'établissement des boissons alcoolisées ou de substances illicites, ou de se trouver sous leurs effets.

Face à des agents qui, sur le lieu de travail, sont sous l'emprise manifeste de l'alcool, l'établissement autorise certaines personnes, désignées par le directeur, à intervenir auprès des agents concernés, en leur donnant les moyens de faire cesser les risques, de contrôler le taux d'alcool et de mettre en œuvre les mesures de protection de la santé et de prévention adéquates.

Pourront être soumis à un éthylotest les agents présentant des signes laissant soupçonner un état d'alcoolisation au-delà du maximum légal, suivant la liste limitative suivante :
- tout salarié exerçant en contact direct avec les patients,
- tout salarié manipulant des produits, des matériels ou des outils pouvant se révéler dangereux,
- tout salarié amené à conduire un engin ou un véhicule motorisé dans son travail,
- tout salarié amené à assurer des responsabilités au sein de l'établissement, dès lors que ces responsabilités peuvent faire courir un danger en cas d'ébriété de l'agent qui les exerce.

La conduite à tenir est définie dans le document « Règlement intérieur Dispositions concernant les agents potentiellement sous l'emprise de substances psychoactives (alcool, etc…) sur le lieu de travail ».

Article 187 – Interdiction d'utiliser des téléphones portables personnels

L'utilisation de téléphones portables personnels, à titre personnel, pendant le temps de service, est rigoureusement interdite sauf motif familial grave (dans ce cas, la famille peut d'ailleurs joindre l'agent par le standard ou directement par le téléphone fixe du service).

Cette utilisation revient de fait à s'extraire du service de manière non autorisée pendant une durée indéterminée, en portant atteinte à la continuité du service et du soin aux malades. En outre, en cas d'incident avec un patient qui se produirait pendant qu'un agent utilise son téléphone portable à des fins personnelles, la responsabilité individuelle de l'agent en question

serait engagée, pour défaut de surveillance et faute détachable du service.

Article 188 – Interdiction de tenir des réunions publiques dans l'enceinte de l'établissement

Les réunions publiques sont interdites dans les structures du CHHM, sauf autorisation du directeur ou de son représentant.

Article 189 – Le pouvoir disciplinaire

Le pouvoir disciplinaire appartient à l'autorité investie du pouvoir de nomination, en l'occurrence le directeur de l'établissement.

Toute faute commise par un fonctionnaire ou un agent de droit public ou privé dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale.

La faute correspond à tout manquement du fonctionnaire ou agent à l'une de ses obligations telles qu'elles sont définies notamment par les statuts des personnels, les règles d'exercice professionnel, le règlement intérieur de l'établissement ou les notes de service internes.

Les responsables hiérarchiques ont l'obligation d'informer la direction de tout acte susceptible de constituer une faute professionnelle. Le directeur apprécie la suite à donner à cette information.

Le fonctionnaire ou agent à l'encontre duquel une procédure disciplinaire est engagée a droit à la communication de l'intégralité de son dossier individuel et à l'assistance des défenseurs de son choix. L'administration doit informer le fonctionnaire de son droit à communication du dossier.

Pour le fonctionnaire, aucune sanction autre que l'avertissement, le blâme et l'exclusion temporaire de fonctions d'une durée supérieure à 3 jours ne peut être prononcée sans consultation préalable d'un organisme siégeant en conseil de discipline dans lequel le personnel est représenté.

L'avis de cet organisme, de même que la décision prononçant une sanction disciplinaire, doivent être motivés.

-
XVI – Données personnelles
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Règlement n° 2016/679 du 27 avril 2016 « règlement général sur la protection des données », dit « RGPD »
- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
- Code la santé publique
- Code pénal

- Politique générale pour la protection des données
- Politique de Protection de la Vie Privée à usage externe

Article 190 – Politique de protection des données

Le règlement n° 2016/679 « règlement général sur la protection des données » du 27 avril 2016, dit « RGPD », définit les conditions dans lesquelles des traitements de données personnelles peuvent être opérés. Il fixe en particulier les droits des personnes concernées par ces traitements.

L'établissement met en œuvre une politique de protection de la vie privée issue de sa politique générale de protection des données (« Politique générale pour la protection des données » afin de garantir aux personnes concernées par le traitement de leurs données à caractère personnel, le respect du RGPD et de la loi informatique et libertés modifiée.

Article 191 – Responsable de traitements et délégué à la protection des données

L'établissement, représenté par son directeur, est responsable des traitements de données à caractère personnel qu'il met en œuvre.

Le responsable de traitements veille à la bonne application des règles issues du règlement général sur la protection des données et des politiques définies.

Un délégué à la protection des données a été désigné afin de piloter et contrôler la bonne application de ces règles.

Article 192 – Discrétion et confidentialité

Les agents sont soumis à une obligation de discrétion qui leur impose d'assurer la confidentialité des données à caractère personnel qu'ils détiennent.

Un comportement exemplaire est exigé dans toute communication orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée.

Article 193 – Accès aux données personnelles par les agents

L'accès par un agent aux informations et documents conservés par l'établissement doit être limité au besoin d'en connaître pour l'exercice de ses missions. Il doit se limiter aux informations ou documents qui lui sont propres, ainsi que ceux publics ou partagés à son attention.

Il est ainsi interdit de prendre connaissance des informations détenues par d'autres agents, même si ceux-ci ne les ont pas explicitement protégées. Cette règle s'applique tout particulièrement aux données couvertes par le secret professionnel, ainsi qu'aux conversations de type courrier électronique dont l'agent n'est ni directement destinataire, ni en copie.

Article 194 – Exercice des droits

Les personnes, quelles qu'elles soient (agents, patients, personnels externes, prestataire de service...), concernées par un traitement de données personnelles mis en œuvre par l'établissement, peuvent exercer leurs droits d'information, d'accès (dont copie), de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'opposition et de portabilité des données, en fonction de la nature du traitement et de la règlementation applicable.

La personne concernée peut formuler sa demande auprès du délégué à la protection des données désigné par l'établissement, à l'adresse : dpo@ght-coeurgrandest.fr.

-
XVII – Dispositions diverses
-

Références textuelles ou bibliographiques :
- Code de la santé publique

- Règlement intérieur (QUA-I-0104)

Article 195 – Approbation du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est présenté aux différentes instances de l'établissement :
- la CME et le CTE sont consultés,
- la CSIRMT est informée,
- le CS émet un avis.

Le directeur arrête ensuite le règlement intérieur après concertation avec le directoire.

Il ne pourra être modifié que selon le même parallélisme de forme.

Article 196 – Mise à disposition du règlement intérieur

Le règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée qui peut en prendre connaissance auprès de la direction ou du service des admissions.

Le présent document fait l'objet de l'instruction « Règlement intérieur (QUA-I-0104) ».

Certaines de ses dispositions sont reprises, par extraits, dans le livret d'accueil ainsi que sur le site internet de l'établissement. Certains éléments figurent également dans les règlements de fonctionnement des services.

Nul membre du personnel n'est sensé en ignorer les dispositions.

Article 197 – Mise à jour du règlement intérieur

Le règlement intérieur fera l'objet d'une mise à jour, en tant que de besoin, si des textes nouveaux, entraînant sa modification au fond, étaient publiés.

-

Annexes

-

Annexe 1

Charte de la personne hospitalisée - Principes généraux

Circulaire DHOS/E1/DGS/SDIB/SDIC/SD4A n° 2006-90 du 02.03.2006

Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SDIB/SDIC/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

1. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

2. Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins.** Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

3. **L'information** donnée au patient doit être **accessible et loyale.** La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient.** Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

5. **Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

6. Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit.** Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

7. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

8. **La personne hospitalisée est traitée avec égards.** Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant.** Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

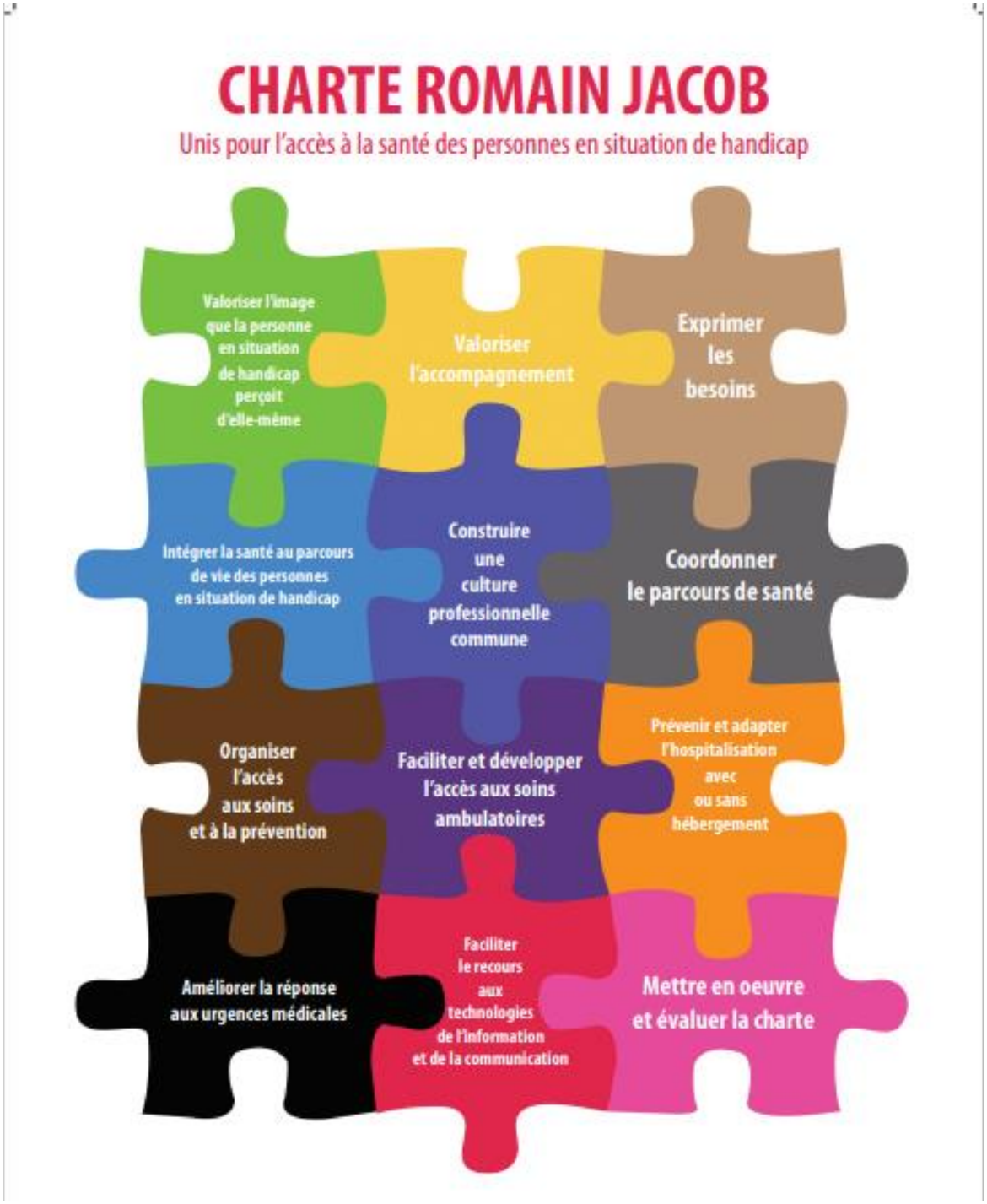
* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Annexe 2

Charte Romain Jacob



Annexe 3

Charte du patient hospitalisé et de l'usager en santé mentale

LA CHARTE DU PATIENT HOSPITALISÉ ET DE L'USAGER EN SANTÉ MENTALE

Résumé de la charte du patient hospitalisé, annexée à la circulaire ministérielle N°95-22, du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés.

1 *Le service public est accessible à tous* et en particulier aux personnes les plus démunies. Il est adapté aux personnes handicapées.

2 *Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil.* Ils sont attentifs au soulagement de la douleur.

3 *L'information donnée au patient doit être accessible et loyale.* Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent.

4 *Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé* du patient.

5 *Un consentement spécifique est prévu, notamment pour les patients participant à une recherche biomédicale,* pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain, et pour les actes de dépistage.

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

7 *La personne hospitalisée est traitée avec égards.*
Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité.

8 *Le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé,* ainsi que la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent.

9 *Le patient a accès aux informations contenues dans son dossier* sur demande écrite adressée au directeur de l'établissement.

10 *Le patient hospitalisé exprime ses observations sur les soins et l'accueil, et dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estimerait avoir subis.*
De fait, l'usager en santé mentale est :

- Une personne qui ne se réduit pas à une maladie mais souffre d'une maladie ;
- Une personne informée de façon adaptée, claire et loyale ;
- Une personne associée aux choix thérapeutiques ;
- Une personne responsable qui peut s'estimer lésée ;
- Une personne dont l'environnement socio-familial et professionnel est pris en compte ;
- Une personne qui sort de son isolement ;
- Une personne citoyenne, actrice à part entière de la politique de santé et dont la parole influence l'évolution des dispositifs de soins et de prévention.

Cet article tient compte des modifications apportées par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

UN ÉTABLISSEMENT DU GHT CŒUR GRAND EST

HAUTE-MARNE

Annexe 4

Charte de l'enfant hospitalisé

Charte de l'enfant hospitalisé

1. L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

2. Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit sont âge ou son état.

3. On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

4. Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

5. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

6. Les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

7. L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9. L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.

10. L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986.
Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1988 préconise son application.

Annexe 5

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE AGÉE DÉPENDANTE

Résumé de la Charte Qualité, rédigé par la Fondation Nationale de Gérontologie et du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale - 1989

1 *Choix de vie*
Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

2 *Domicile et environnement*
Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

3 *Une vie sociale*
Malgré les handicaps, toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

4 *Présence et rôle des proches*
Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

6 *Valorisation de l'activité*
Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

5 *Patrimoine et revenus*
Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6 *Valorisation de l'activité*
Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

7 *Liberté de conscience et pratique religieuse.*
Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

8 *Préserver l'autonomie et prévenir*
La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

9 *Droit aux soins*
Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

11 *Respect de la fin de vie*
Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

10 *Qualification des intervenants*
Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

12 *La recherche une priorité et un devoir .*
La recherche multi disciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

13 *Exercice des droits et protection juridique de la personne*
Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

14 *L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion*
L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

UN ÉTABLISSEMENT DU GHT CŒUR GRAND EST

HAUTE-MARNE

Annexe 6

Charte des droits et libertés de la personne accueillie

CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Résumé de la charte adapté au service de Soins Infirmiers à Domicile, précisé dans l'arrêté 08/09/03.

Article 1

Principe de non discrimination

Lors d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination en considération de son origine, de ses opinions ou de ses convictions.

Article 2

Droit à une prise en charge adaptée

La personne accueillie doit se voir proposer une prise en charge individualisée la plus adaptée possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3

Droit à l'information

La personne accueillie a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge qu'il demande ou dont elle bénéficie ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement du service ou d'une autre forme de prise en charge requise. La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation c'est-à-dire à hauteur du niveau de compétences du professionnel interrogé.

Article 4

Principe du libre choix et du consentement

éclairé de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1- La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre d'un service à son domicile.

2- Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3- Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti. Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement.La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5

Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6

Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne,la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7

Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille,par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes. Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8

Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement.

Article 9

Principe de prévention et de soutien

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10

Droit à l'exercice des droits civiques

attribués à la personne accueillie Ne concerne pas la prise en charge d'un patient par un Service de Soins Infirmiers à Domicile.

Article 11

Droit à la pratique religieuse

Ne concerne pas la prise en charge d'un patient par un Service de Soins Infirmiers à Domicile.

Article 12

Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

UN ÉTABLISSEMENT DU GHT COUR GRAND EST

CH HAUTE-MARNE

Annexe 7

Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée

Annexe 4-3 au décret n° 2008-1556 du 31.12.2008 relatif aux droits des usagers des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales

Article 1er. Respect des libertés individuelles et des droits civiques

Conformément à l'article 415 du code civil, la mesure de protection juridique est exercée dans le respect des libertés individuelles et des droits fondamentaux et civiques de la personne

Conformément à l'article L. 5 du code électoral, le droit de vote est garanti à la personne sous réserve des décisions de justice

Article 2. Non discrimination

Nul ne peut faire l'objet d'une discrimination en raison de son sexe, de l'origine, de sa grossesse, de son apparence physique, de son patronyme, de ses caractéristiques génétiques, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions ou croyances, notamment politiques ou religieuses, de ses activités syndicales, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée lors de la mise en œuvre d'une mesure de protection

Article 3. Respect de la dignité de la personne et de son intégrité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Le droit à l'intimité est préservé

Il est garanti à la personne la confidentialité de la correspondance privée reçue à son attention par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs. Cette correspondance lui est remise. La correspondance administrative reçue à son attention par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs est également mise à sa disposition

Article 4. Liberté des relations personnelles

Conformément à l'article 459-2 du code civil, la personne entretient librement des relations personnelles avec les tiers, parent ou non, et a le droit d'être visitée et le cas échéant, hébergée par ceux-ci, sauf décision contraire du conseil de famille ou du juge en cas de difficulté

Article 5. Droit au respect des liens familiaux

La mesure de protection juridique s'exerce en préservant les liens familiaux, et tient compte du rôle de la famille et des proches qui entourent de leurs soins la personne tout en respectant les souhaits de la personne protégée et les décisions du conseil de famille ou du juge

Article 6. Droit à l'information

La personne a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur :
- la procédure de mise sous protection,
- les motifs et le contenu d'une mesure de protection,
- le contenu et les modalités d'exercice de ses droits durant la mise en œuvre de cette procédure ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement du mandataire judiciaire à la protection des majeurs, en particulier s'il s'agit d'un service

La personne est également informée des voies de réclamation et de recours amiables et judiciaires
Elle a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi et, le cas échéant, selon des modalités fixées par le juge

.../...

Article 7. Droit à l'autonomie

Conformément à l'article 458 du code civil, « sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement par la personne des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation ». Conformément à l'article 459 du code civil, « dans les autres cas, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet. »

Conformément à l'article 459-2 du code civil, la personne a la possibilité de choisir son lieu de résidence, sauf décision contraire du conseil de famille ou du juge

Article 8. Droit à la protection du logement et des objets personnels

Conformément à l'article 426 du code civil, « le logement de la personne et les meubles dont il est garni, qu'il s'agisse d'une résidence principale ou secondaire, sont conservés à la disposition de celle-ci aussi longtemps qu'il est possible. Les objets à caractère personnel indispensables à la personne handicapée ou destinés aux soins de la personne malade sont gardés à sa disposition, le cas échéant par l'établissement dans lequel elle est hébergée. »

Article 9. Consentement éclairé et participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales et réglementaires ainsi que des décisions du conseil de famille ou du juge :
- Le consentement éclairé de la personne est recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation et en veillant à sa compréhension, des conditions d'exercice et des conséquences de la mesure de protection juridique
- Le droit de participer à la conception et à la mise en œuvre du projet individuel de protection est garanti

Article 10. Droit à une intervention personnalisée

Dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure de protection, la personne bénéficie d'une intervention individualisée de qualité favorisant son autonomie et son insertion

La situation de la personne fait l'objet d'une évaluation régulière afin d'adapter le plus possible l'intervention à ses besoins

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la mise en œuvre de la mesure de protection sont prises en considération

Article 11. Droit à l'accès aux soins

Il est garanti à la personne l'accès à des soins adaptés à son état de santé

Article 12. Protection des biens dans l'intérêt exclusif de la personne

La protection des biens est exercée en fonction de la situation ou de l'état de la personne et, conformément à l'article 496 du code civil, dans son seul intérêt

Conformément au même article du code civil, les actes relatifs à la protection des biens de la personne font l'objet de soins prudents, diligents et avisés

Sauf volonté contraire exprimée par la personne protégée, les comptes ou les livrets ouverts à son nom, et sous réserve des dispositions légales et réglementaires ainsi que des décisions du conseil de famille ou du juge sont maintenus ouverts
Conformément à l'article 427 du code civil, « les opérations bancaires d'encaissement, de paiement et de gestion patrimoniale, effectuées au nom et pour le compte de la personne, sont réalisées exclusivement au moyen des comptes ouverts à son nom », sous réserve des dispositions légales et réglementaires, notamment celles relatives à la comptabilité publique. « Les fruits, produits et plus-values générés par les fonds et les valeurs appartenant à la personne lui reviennent exclusivement. »

Article 13. Confidentialité des informations

Il est garanti à la personne et à sa famille le respect de la confidentialité des informations les concernant dans le cadre des lois existantes et sous réserve des décisions du juge

Annexe 8

Charte de la laïcité dans les services publics

CHARTE de la laïcité
DANS LES SERVICES PUBLICS

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.
Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle garantit des droits égaux aux hommes et aux femmes et respecte toutes les croyances. Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, notamment religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi. La liberté de religion ou de conviction ne rencontre que des limites nécessaires au respect du pluralisme religieux, à la protection des droits et libertés d'autrui, aux impératifs de l'ordre public et au maintien de la paix civile. La République assure la liberté de conscience et garantit le libre exercice des cultes dans les conditions fixées par la loi du 9 décembre 1905.

des agents du service public

Tout agent public a un **devoir de stricte neutralité**. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait pour un agent public de **manifester ses convictions religieuses** dans l'exercice de ses fonctions **constitue un manquement à ses obligations**.

Il appartient aux responsables des services publics de **faire respecter l'application du principe de laïcité** dans l'enceinte de ces services.

La liberté de conscience est garantie aux agents publics. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

des usagers du service public

Tous les usagers sont **égaux** devant le service public.

Les usagers des services publics ont le **droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public**, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Les usagers des services publics doivent **s'abstenir de toute forme de prosélytisme**.

Les usagers des services publics **ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers**, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire, les usagers doivent **se conformer aux obligations** qui en découlent.

Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux, hospitaliers ou pénitentiaires ont **droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte**, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

Références bibliographiques	
Lexique/Abréviations	AFT : accueil familial thérapeutique AIG : activité d'intérêt général AJ : accueil de jour AMA : assistante médico-administrative AME : aide médicale de l'Etat ANAP : appui santé et médico-social ANFH : association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier APA : allocation personnalisée d'autonomie ARS : agence régionale de santé ASE : aide sociale à l'enfance ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce CAP : commission administrative paritaire CAPL : commission administrative paritaire locale CATTP : centre d'activité thérapeutique à temps partiel CAQES : contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins CCI : commission de conciliation et d'indemnisation CDSP : commission départementale des soins psychiatriques CDU / CRUQ : commission des usagers CGLPL : contrôleur général des lieux de privation de liberté CGRAS : coordonnateur général des risques associés aux soins CH : centre hospitalier CHHM : centre hospitalier de la Haute-Marne CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail CHU : centre hospitalier universitaire CLAN : comité de liaison alimentation et nutrition CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales CLUD : comité de lutte contre la douleur CLTV : centre de lutte contre la tuberculose et de vaccination CME : commission médicale d'établissement CMG : commission médicale de groupement CMP : centre médico-psychologique CMU : complémentaire maladie universelle CMUC : complémentaire maladie universelle complémentaire CNG : centre national de gestion COMAI : commission des anti-infectieux COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles et des gaz médicaux COPS : commission de l'organisation de la permanence des soins COSTRAT : comité stratégique COVIRIS : coordination des vigilances et risques sanitaires CPAM : caisse primaire d'assurance maladie CPF : compte personnel de formation CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens CQSS : commission de la qualité et sécurité des soins CRAM : caisse régionale d'assurance maladie CRCI : commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales CREX : comité de retour d'expériences CS : conseil de surveillance

	CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques CSP : code de la santé publique CSTH : comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance CTE : comité technique d'établissement CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique CVS : conseil de la vie sociale DPC : développement professionnel continu DH : direction des hôpitaux DIM : département d'information médicale DIP : dossier informatisé du patient DIPC : document individuel de prise en charge DPC : développement professionnel continu DPI : dossier patient informatisé DRH : direction des ressources humaines DDETSPP : direction départementale de l'emploi, du travail, de la solidarité et de la protection de population EHPAD : établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes EI : évènement indésirable EIG : évènement indésirable grave EOM : équipe opérationnelle du médicament EMSP : équipe mobile de soins palliatifs EO : équipe opérationnelle EOH(H) : équipe opérationnelle d'hygiène (hospitalière) EPP : évaluation des pratiques professionnelles EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses EPS : établissement public de santé F : formulaire FPH : fonction publique hospitalière GCS : groupement de coopération sanitaire GDR : gestion des risques GED : gestion électronique de documents GHT : groupement hospitalier de territoire GIM : groupement d'information médicale GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et compétences HAD : hospitalisation à domicile HAS : haute autorité de santé HPST : hôpital, patients, santé et territoires I : instruction IADE : infrimier anesthésiste diplômé d'Etat IPAQSS : indicateur pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins JLD : juge des libertés et de la détention LFSS : loi de financement de la sécurité sociale MAS : maison d'accueil spécialisée MDPH : maison départementale des personnes handicapées MJPM : mandataire judiciaire à la protection des majeurs NRBC : nucléaire, radiologique, biologique et chimique OPP : ordonnance de placement provisoire ORL : otho-rhino-laringologiste ORSAN : organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles P : procédure PACQSS : politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

	PACS : pacte civil de solidarité PAP : projet d'accompagnement personnalisé paQSS : programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins PASS : permanence d'accès aux soins de santé PECM : prise en charge médicamenteuse PGFP : plan global de financement pluriannuel PH : praticien hospitalier PMP : projet médical partagé PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information PSSI : politique de sécurité du système d'information PUI : pharmacie à usage intérieur Q : qualité QSS : qualité et sécurité des soins RGPD : règlement général sur la protection des données RMM : revue de morbi-mortalité RSMQPECM : responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse RSSI : responsable de la sécurité des systèmes d'information RTT : réduction du temps de travail SAMU : service d'aide médicale urgente SHA : solution hydro alcoolique SLD : soins de longue durée SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation SPDRE : soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent SPDTU : soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas en péril imminent d'urgence SPH : service public hospitalier SQS : sécurité qualité des soins SSIAD : service de soins infirmiers à domicile SSR : soins de suite et de réadaptation TTA : temps de travail additionnel TGI : tribunal de grande instance UHR : unité d'hébergement renforcée UHSA : unité d'hospitalisation spécialement aménagée USLD : unité de soins de longue durée

Règles d'archivage concernant les documents attachés à l'instruction

Titre	Responsable	Durée	Lieu	Méthode de classement