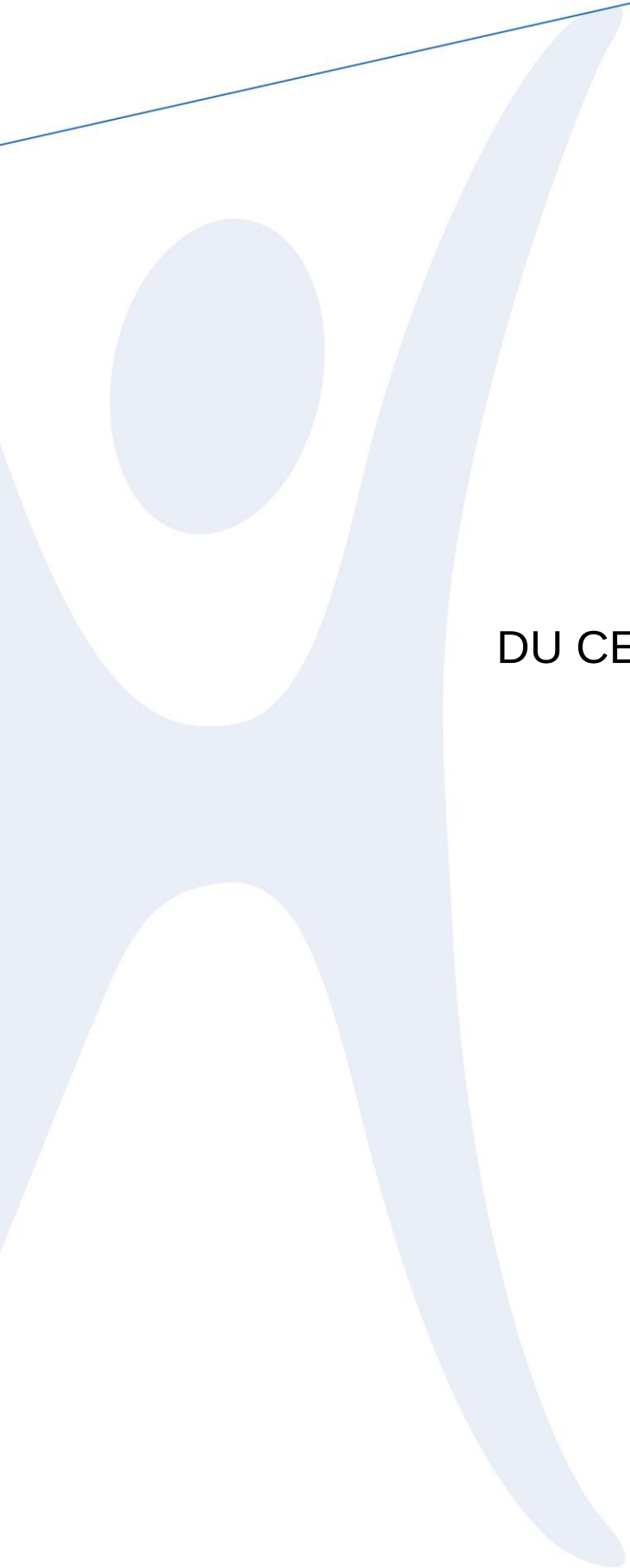




REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL METZ THIONVILLE

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	5
CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES.....	5
SECTION 1 – LES STATUTS ET MISSIONS DU CHR	5
Article 1 - Les statuts	5
Article 2 – les missions du CHR Metz-Thionville	6
SECTION 2 - LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DU SERVICE PUBLIC ET LES OBLIGATIONS DU CHR	7
Article 3 - Principes fondamentaux du service public hospitalier	7
Article 4 - Les obligations du CHR.....	7
CHAPITRE 2 – L'ORGANISATION GENERALE DU CHR.....	8
SECTION 1 – LES ORGANES DECISIONNELS DU CHR	8
Article 5 - Le conseil de surveillance.....	8
Article 6 - Le directeur général	9
Article 7 - Le directoire	11
SECTION 2 - LES ORGANES CONSULTATIFS DU CHR.....	12
Article 8 - La commission médicale d'établissement (CME)	12
Article 9 – Le Comité Social d'Etablissement (CSE) et la Formation Spécialisé en Santé Sécurité et Conditions de travail (F3SCT)	19
Article 10 – La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)	21
Article 11 - Les commissions administratives paritaires locales (CAPL)	23
Article 12 - La commission des usagers (CDU)	25
Article 13 - La commission de l'activité libérale (CAL)	26
SECTION 3 – L'ORGANISATION DES POLES D'ACTIVITE	27
Article 14 - Les pôles d'activité.....	27
Article 15 - La gestion des pôles d'activité clinique ou médico-technique	27
Article 16 – Les pôles de gestion	28
Article 17 - Les pôles inter-établissement.....	28
CHAPITRE 3 – L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS	31
SECTION 1 – LES DISPOSITIONS GENERALES.....	31
Article 18 - Les modes d'admission	31
Article 19 - Les régimes d'hospitalisation, les consultations externes et la prise en charge des frais.....	32
Article 20 - L'accueil du patient	34
Article 21 - Le livret d'accueil	34
Article 22 - L'information de la famille	35
Article 23 - Le dépôt et la restitution des biens	35
Article 24 - La personne de confiance - les directives anticipées	37
Article 25 - Le transfert du patient	38
Article 26 - Le refus d'hospitalisation	38
Article 27 - La satisfaction des patients.....	38
Article 28 - Réclamations et voies de recours.....	38
Article 29 - Le comportement des patients	39
Article 30 - Les effets personnels	40
Article 31 - Le droit de visite	40
Article 32 - Les moyens de communications : courrier - téléphone	41
Article 33 - Les repas.....	42
Article 34 – L'exercice du culte	42
Article 35 – Les droits civiques.....	43
Article 36 - Le service social	43

Article 37 - Les modalités de sortie.....	43
Article 38 - Les modalités particulières de sortie	44
Article 39 - Le décès	46
Article 40 – Les prélèvements d'organes et de tissus	50
Article 41 – Les autopsies et les inhumations	51
SECTION 2 – LES DISPOSTIONS PARTICULIERES	51
Article 42 - Les femmes enceintes	51
Article 43 - Les malades mineurs	51
Article 44 - Les incapables majeurs.....	52
Article 45 - Les patients étrangers.....	52
Article 46 - Les personnes hébergées dans les unités de soins de longue durée (USLD) et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	53
Article 47 – L'admission en soins psychiatriques sous contrainte	53
Article 48 - Les détenus	54
CHAPITRE 4 – DOSSIER MEDICAL-DROITS ET INFORMATION DU PATIENT	56
SECTION 1 – LE DOSSIER MEDICAL.....	56
Article 49 - L'accès au dossier médical	56
Article 50 - Le contenu du dossier médical	56
SECTION 2 – L'INFORMATION MEDICALE.....	57
Article 51 - L'obligation d'informer le patient	57
Article 52 - Le secret de l'hospitalisation	58
Article 53 - Le droit à la confidentialité	58
Article 54 - L'information des proches.....	59
Article 55 - L'information des patients mineurs	60
Article 56 - L'information du médecin traitant.....	60
SECTION 3 – LE CONSENTEMENT AUX SOINS.....	60
Article 57 - Le principe du consentement aux soins	60
Article 58 - Le refus de soins	61
Article 59 - Les situations particulières.....	61
CHAPITRE 5 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE	64
SECTION 1 – DISPOSITIONS GENERALES.....	64
Article 60 - Objectifs des règles de sécurité.....	64
Article 61 – La mise en œuvre des règles de sécurité	64
Article 62 - Les circonstances exceptionnelles	64
Article 63 - Catastrophes et afflux massif de victimes.....	65
Article 64 – Le matériel de vidéo surveillance	65
Article 65 - Opposabilité des règles de sécurité	65
Article 66 - Rapports avec l'autorité judiciaire	65
Article 67 - Rapport avec les autorités de police et de gendarmerie.....	66
Article 68 - La garde technique et administrative	66
Article 69 - Protection des données à caractère personnel	66
Article 70 - Sécurité du système d'information	67
SECTION 3 – LES REGLES DE SECURITE.....	67
Article 71 - La sécurité des biens	67
Article 72 - La sécurité des personnes.....	68
Article 73 - L'accès aux sites du CHR.....	68
Article 74 – Les règles relatives à la captation d'images, de vidéos ou d'enregistrement audio – Droit à l'image.....	69
Article 75 – Les règles de sécurité incendie	69
Article 76 – Les règles dérogatoires en cas de Situations Sanitaires Exceptionnelles	70

SECTION 4 – REGLES DE CIRCULATION DES PERSONNES ET DES VEHICULES.....	70
Article 77 – La voirie hospitalière et la circulation.....	70
Article 78 – Le stationnement dans l'enceinte du CHR	70
SECTION 5 – DISPOSITIONS RELATIVES A L'HYGIENE ET A LA SECURITE	71
Article 79 – L'hygiène à l'hôpital.....	71
Article 80 – L'interdiction de fumer et devapoter	71
Article 81 – Usage des alcootests	71
Article 82 – Les déchets hospitaliers	72
Article 83 – Le tri du linge.....	72
CHAPITRE 6 – LES PERSONNELS DU CHR.....	73
SECTION 1 – LES DROITS ET OBLIGATIONS DES PERSONNELS – PRINCIPES GENERAUX.....	73
Article 84 - L'exécution du travail et la continuité du service.....	73
Article 85 - La rémunération	73
Article 86 - Le secret professionnel	74
Article 87 - La discrétion professionnelle.....	75
Article 88 - L'obligation de réserve et le respect de la neutralité du service public.....	75
Article 89 : Utilisation des réseaux sociaux	76
Article 90- L'obligation d'accueillir et d'informer les usagers et leurs familles	76
Article 91 - Le respect des règles de sécurité	76
Article 92 - Le port de la tenue professionnelle	76
Article 93 - Le respect du repos des usagers et la lutte contre les nuisances sonores	77
Article 94 - Le respect de la personne et de son intimité.....	77
Article 95 – L'obligation de prise en charge de la douleur	77
Article 96 - Le devoir d'information du supérieur hiérarchique et de signalement des incidents	78
Article 97 - L'interdiction des pourboires et avantages en nature ou en espèces.....	78
Article 98 – L'usage des outils de communication personnels sur le lieu de travail.....	78
SECTION 2 – LE PERSONNEL MEDICAL DU CHR.....	79
Article 99 - Les statuts et missions	79
Article 100- Les règles déontologiques applicables aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques.....	79
▪ Le respect du tableau de service	82
Article 101 - Les visites médicales quotidiennes et la participation aux staffs	83
Article 102 - La permanence des soins.....	83
Article 103 - Le département d'information médicale (DIM).....	83
SECTION 3 – LE PERSONNEL NON MEDICAL	84
Article 104 - Les différentes catégories de personnels	84
Article 105 - Les droits du fonctionnaire	84
Article 106 - Les obligations du fonctionnaire	86
Article 107 - Les agents contractuels.....	86
Article 108 - Les stagiaires de la fonction publique	86
Article 109 - Les stagiaires extérieurs.....	86
Article 110 - Les bénévoles	87
Article 111 – Les intervenants des entreprises extérieures	87
CHAPITRE 7 – APPROBATION, DISPOSITION ET MISE A JOUR DU REGLEMENT	87
Article 112 – L'approbation du règlement intérieur – l'entrée en vigueur	87
Article 113 – La mise à jour du règlement intérieur	87
Article 114 – La mise à disposition du règlement intérieur	88

PREAMBULE

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville définit les règles de fonctionnement de l'établissement concernant l'organisation administrative, médicale et soignante, les dispositions relatives aux personnels médicaux et non médicaux ainsi qu'aux usagers.

Le présent règlement est établi en application des dispositions du Code de la Santé Publique (CSP) et entre en vigueur à la date de publication dudit règlement.

En application de l'article R.1112-78, le règlement intérieur de l'établissement est communiqué à toute personne qui en formule la demande.

CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

SECTION 1 – LES STATUTS ET MISSIONS DU CHR

Article 1 - Les statuts

Le Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville (CHR) est un établissement public de santé dont le ressort est régional conformément au décret n°2010-361 du 08 avril 2010, portant application de la loi HPST. Il est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière.

Le siège du CHR est situé : 1, allée du Château, CS 45001, 57085 - METZ Cedex 01.

Le CHR regroupe, sur plusieurs communes :

- 9 Etablissements
- 1 Hôpital de Jour de Pédiopsychiatrie
- 2 Permanences d'Accès aux Soins de Santé dont une intégrée dans les locaux de l'hôpital de Mercy (P.A.S.S)
- 3 Centres Médico-Psychologiques (C.M.P.)
- 3 Centres Médico-Psychologiques Infantiles (C.M.P.I.)
- 1 Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.P.S.)
- 2 Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P.)
- 1 Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A.)
- 1 Unité Médico-Judiciaire (U.M.J)

A Metz :

- HOPITAL DE MERCY - 1, allée du Château, 57530 ARS - LAQUENEXY
- HOPITAL FELIX MARECHAL - 1, rue Xavier Roussel, 57050 - METZ DEVANT LES PONTS
- EHPAD FELIX MARECHAL – 1, rue Xavier Roussel, 57070 - METZ DEVANT LES PONTS
- EHPAD SAINT JEAN - 31, rue Saint Jean, 57000 - METZ
- EHPAD LE PARC - 81 rue Claude Bernard, 57070 - METZ
- UCSA – Maison d'arrêt de Metz Queuleu 1 rue de la Seulhotte, 57000 - METZ
- CRA - Rue du Chemin-Vert, 57070 - METZ QUEULEU

- UMJ – HIA LEGOUEST 23 rue des frères Lacretelle 57000 METZ

A Thionville :

- HOPITAL BEL AIR - 2, rue du Frescaty - 57100 THIONVILLE,
- P.A.S.S – 9, rue château Jeannot - 57100 THIONVILLE
- C.A.M.P.S – 2, rue Brulée - 57100 THIONVILLE
- C.M.P 1^{er} secteur – 39, boulevard Jeanne d’Arc - 57100 THIONVILLE
- C.M.P 2^{ème} secteur – 8, place de la République - 57100 THIONVILLE
- C.A.T.T.P Van Gogh – 14, place de la République - 57100 THIONVILLE
- CMP de pédopsychiatrie – 1, rue de la Poterne, 57100 THIONVILLE
- C.M.P.I – 43, rue de L’ancien Hôpital - 57100 -THIONVILLE

A Hayange :

- C.M.P.I – 57, rue du Maréchal Foch - 57700 HAYANGE
- C.A.T.T.P – 57, rue du Maréchal Foch - 57700 HAYANGE
- HOPITAL D’HAYANGE – 51, rue de Wendel – 57700 HAYANGE

A Yutz :

- HOPITAL DE JOUR DE PEDOPSYCHIATRIE – 5, rue de Lorraine - 57970 YUTZ

A Bouzonville :

- CMP CMPI – 7, rue de Metz- 57320 BOUZONVILLE

Article 2 – les missions du CHR Metz-Thionville

Le CHR Metz-Thionville est la structure hospitalière de référence du Nord de la Lorraine couvrant un champ d’activité complet. Il dessert un bassin de population de santé de plus de 550 000 personnes.

Une convention d’association universitaire a été signée entre le CHU de Nancy, l’université Raymond Poincaré de Nancy et le CHR. Elle permet d’accueillir des médecins hospitalo-universitaires au sein de l’établissement.

Le CHR est également une structure de recours et de référence qui répond au mieux aux besoins de la population : spécialités médicales, chirurgie dont la chirurgie cardiaque, service des urgences, pôle mère-enfant, psychiatrie et pédo-psychiatrie, service des grands brûlés, soins palliatifs, et la gériatrie.

Le CHR a pour missions :

- d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients ;
- de participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médicosociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention ;
- de dispenser avec ou sans hébergement :
 - des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;
 - des soins de longue durée comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ;
 - des soins au profit des personnes détenues au sein des établissements pénitentiaires de l'agglomération.
- de concourir :
 - à la formation initiale des médecins (étudiants en médecine et internes) ;
 - à la formation continue des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers ;
 - à la recherche médicale et pharmaceutique ;
 - à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel para-médical ;
 - à la recherche dans leurs domaines de compétences ;
 - aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination
 - à l'aide médicale urgente ;
 - à développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité ;
 - à l'analyse de son activité.

SECTION 2 - LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DU SERVICE PUBLIC ET LES OBLIGATIONS DU CHR

Article 3 - Principes fondamentaux du service public hospitalier

Le CHR est soumis aux quatre principes fondamentaux qui régissent le fonctionnement du service public hospitalier, à savoir :

- la continuité ;
- l'égalité ;
- la neutralité ;
- l'adaptation.

Article 4 - Les obligations du CHR

Le CHR garantit l'égal accès de tous aux soins qu'il dispense. Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades. Le CHR est ouvert à toute personne dont l'état requiert des soins.

Le personnel du CHR doit traiter les usagers en faisant abstraction de leurs opinions ou de leurs croyances.

Le CHR s'efforce d'adapter son offre de soins aux besoins des usagers et aux exigences de qualité.

L'établissement veille à l'application des principes posés par les chartes, relatives au patient hospitalisé, à l'enfant hospitalisé et aux droits et libertés de la personne âgée dépendante.

CHAPITRE 2 – L'ORGANISATION GENERALE DU CHR

SECTION 1 – LES ORGANES DECISIONNELS DU CHR

Article 5 - Le conseil de surveillance

➤ 5.1 La composition

En application des articles L. 6143-1 et R. 6143-3, R. 6143-3, R. 6143-5 et R. 6143-6 du CSP, le conseil de surveillance du CHR est composé de :

- **15 membres siégeant avec voix délibérative**
 - 5 représentants des collectivités territoriales ;
 - 5 représentants du personnel médical et non médical ;
 - 5 personnalités qualifiées et représentants des usagers.
- **Le directeur**, président du Directoire, participe aux séances du conseil de surveillance et en exécute les délibérations.
- **Membres siégeant avec voix consultative :**
 - le président de la CME (PCME) en qualité de vice-président du directoire ;
 - le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ;
 - le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ;
 - le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique ;
 - le représentant des familles des personnes accueillies en unité de soins de longue durée ; et en hébergement pour personnes âgées.
- **Présidence et vice-présidence**

Le conseil de surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, pour une durée de 5 ans.

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

En cas de vacance ou d'absence du président et du vice-président, le conseil de surveillance est présidé par le doyen d'âge.

➤ **5.2 Le fonctionnement du conseil de surveillance**

Le Conseil de Surveillance dispose d'un règlement intérieur propre définissant ses règles de fonctionnement.

Article 6 - Le directeur général

➤ **6.1 Nomination du directeur**

Le directeur du CHR est nommé par décret pris sur rapport du ministre chargé de la santé.

➤ **6.2 Les attributions du directeur**

Le directeur dispose de compétences propres. Il est compétent pour :

- assurer la conduite de la politique générale de l'établissement ;
- représenter l'établissement dans tous les actes de la vie civile ;
- agir en justice au nom de l'établissement ;
- régler les affaires de l'établissement autres que celles qui impliquent une concertation avec le directoire et autres que celles qui relèvent des compétences du conseil de surveillance ;
- participer aux séances du conseil de surveillance et en exécuter les délibérations ;
- exercer son autorité sur l'ensemble du personnel ;
- ordonner les dépenses et les recettes de l'établissement ;
- transiger ;
- déléguer sa signature dans les conditions prévues par décret.

Après concertation avec le directoire, le directeur est compétent pour :

1° Conclure le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

2° Décider, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement et en lien avec le président de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

3° Arrêter le rapport social unique et définir les modalités d'une politique d'intéressement ;

4° Déterminer le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

6° Arrêter le compte financier et le soumettre à l'approbation du conseil de surveillance ;

7° Arrêter l'organisation interne de l'établissement. S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des dispositifs d'appui à la coordination et des dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6

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

10° Conclure les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

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

12° Conclure les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

13° Arrêter le règlement intérieur de l'établissement ;

14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décider de l'organisation du travail et des temps de repos ;

15° Présenter à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;

16° Arrêter le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, mentionné à l'article L. 3131-7 ;

17° Soumettre au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7.

18° Définir, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.

Article 7 - Le directoire

➤ 7.1 La composition du Directoire

- Le directoire est composé de 9 membres :

- le directeur, président du directoire ;

- le président de la commission médicale d'établissement, vice-président.

- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

- un membre du personnel non médical nommé et, le cas échéant, révoqué par le directeur, après information du conseil de surveillance. Ce membre est nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. 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 ;

- de membres qui appartiennent aux professions médicales nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; ces membres sont nommés, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement; 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 les membres après avis du président de la commission médicale d'établissement.

- **Durée des mandats**

- pour les membres nommés la durée des mandats est de 4 ans ; Ce mandat prend fin si son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

- pour les membres de droit, les mandats se terminent à la fin des fonctions du Président du Directoire ou à la fin des fonctions au titre desquelles un des membres a été désigné.

➤ 7.2 Les attributions du directoire

Le directoire :

- approuve le projet médical préparé par le président avec le directeur et prépare le projet d'établissement sur la base notamment du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico technique ;
- conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement ;
- donne son avis au directeur sur les points énumérés à l'article 6.2 du présent règlement

➤ 7.3 Le fonctionnement du directoire

Le règlement intérieur du Directoire définit ses règles de fonctionnement. Chaque séance du directoire fait l'objet d'un relevé de conclusions rendu accessible à l'ensemble du personnel de l'établissement.

SECTION 2 - LES ORGANES CONSULTATIFS DU CHR

❖ S/SECTION 1- LES COMMISSIONS

Article 8 - La commission médicale d'établissement (CME)

➤ 8.1. La composition de la commission

La CME est composée de représentants des médecins et des sages-femmes. Elle élit son Président et deux Vices-Présidents parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

Ses membres sont désignés pour 4 ans.

▪ Catégorie n° 1 des responsables de pôle

Ce collège comprend l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement.

▪ Catégorie n° 2 des chefs de service et des responsables des structures internes, ou unités fonctionnelles

Cette catégorie comprend seize (16) représentants élus des chefs de service et des responsables des structures internes, ou unités fonctionnelles, se répartissant en huit collèges :

- cinq (5) représentants de médecine ;
- trois (3) représentants de chirurgie ;
- deux (2) représentants d'anesthésie-réanimation ;
- deux (2) représentants de médecine d'urgence ;
- deux (1) représentant imagerie
- deux (1) représentant odontologie
- un (1) représentant de biologie ;
- un (1) représentant de pharmacie.

▪ Catégorie n° 3 des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement

Cette catégorie comprend seize (16) représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement, se répartissant en huit collèges :

- quatre (4) représentants de médecine ;
- trois (3) représentants de chirurgie ;
- deux (2) représentants d'anesthésie-réanimation ;
- deux (2) représentants de médecine d'urgence ;
- un (1) représentant de pharmacie
- un (1) représentant de biologie et pharmacie ;
- un (1) représentant d'imagerie ;
- un (1) représentant de psychiatrie ;
- un (1) représentant d'odontologie.

▪ Catégorie n° 4

Ce collège comprend trois (3) représentants élus des personnels médicaux temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels de l'établissement ayant une quotité de travail supérieure ou égale à trois demi-journées ou exerçant à titre libéral.

▪ Catégorie n° 5

Deux représentants élus des sages-femmes.

▪ Catégorie n° 6

Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

▪ Catégorie 7

Un représentant des étudiants hospitaliers en second cycle des études de maïeutique

Membres consultatifs

- Le président du directoire ou son représentant ;
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques ;
- Le praticien responsable de l'information médicale ;
- Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Membres invités

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

➤ **8.2. Président de la CME**

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire.

Le président de la commission médicale d'établissement exerce les missions et les attributions suivantes :

- Il coordonne, en lien avec le directeur, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et avec le projet médical partagé si l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire ;

- Il coordonne la politique médicale de l'établissement ;

Conjointement avec le directeur de l'établissement et après concertation avec le directoire, il :

- Définit la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Arrête l'organisation interne de l'établissement pour les activités cliniques et médico-techniques
- Signe les contrats de pôles cliniques ou médico-techniques mentionnés à l'article L. 6146-1.

Conjointement avec le directeur de l'établissement et, lorsque le praticien concerné est un praticien des armées, avec le ministre de la défense, il procède à la nomination et met fin aux fonctions :

- Des chefs pôles d'activité clinique et médico-technique.
- Des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique et médico-technique ;
- Le président de la commission médicale d'établissement tient la commission régulièrement informée de l'exercice de ses missions et attributions.

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement prennent fin sur présentation de sa démission au Président du Directoire ou au terme du mandat de la Commission Médicale d'Etablissement qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, ses fonctions sont assumées par les deux Vices-Présidents de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

➤ **8.3 Missions des deux Vices-Présidents de la CME :**

Deux vice-présidents de la Commission Médicale d'Etablissement sont élus au sein de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le premier vice-président assiste le Président de la Commission Médicale d'Etablissement dans ses fonctions.

Le deuxième vice-président s'occupe de l'ensemble des sujets en lien avec l'universitarisation

➤ **8.4 Les attributions de la CME :**

1- Matières relevant de la consultation de la Commission médicale d'établissement

La CME est consultée sur:

- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 c'est-à-dire ceux qui ressortent de la compétence du conseil de surveillance ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
Ainsi que, à compter du 1^{er} janvier 2022, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement .
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;

- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 (contrat de pôle arrêté par le directeur en concertation avec le directoire). A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques

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

- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales
- La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.
- L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie
- Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

2- Matières relevant de l'information Commission Médicale d'établissement

La Commission Médicale d'établissement est informée uniquement sur :

- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- Les contrats de pôles ;
- Le bilan annuel des tableaux de service ;

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

3- Elaboration du Projet Médical d'établissement

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

Le président de la commission médicale d'établissement coordonne son élaboration avec le directeur selon une procédure qu'il définit. Les équipes médicales concernées sont associées à cette élaboration.

Après concertation avec le directoire, le président de la commission médicale et le directeur peuvent demander à la commission médicale d'établissement de modifier ou de compléter sa proposition de projet médical.

4- Propositions au Président du Directoire

La commission médicale d'établissement peut faire au président du directoire des propositions sur les matières suivantes :

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

5- Elaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins

Des sous-commissions sont constituées au sein de la CME afin de participer à l'élaboration de la politique « d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ».

Conformément à l'article R.6144-2 du Code de la santé publique, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, notamment en ce qui concerne :

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

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

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

La CME propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi dans le cadre de l'analyse des événements indésirables. La CDU et la CSIRMT contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

6- Autres attributions

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

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

➤ 8.4 Organisation interne à la CME

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission médicale d'établissement définit en début de mandat son organisation interne dans son règlement intérieur.

➤ 8.5 Règle de quorum

La CME ne peut siéger en l'absence de quorum. La procédure de consultation ne pourra être poursuivie qu'à l'issue d'une seconde convocation dans un délai de 7 jours francs.

Le quorum est fixé **au tiers** des membres de la CME indépendamment des sièges vacants.

Article 9 – Le Comité Social d'Établissement (CSE) et la Formation Spécialisé en Santé Sécurité et Conditions de travail (F3SCT)

Le Comité Social d'Établissement (CSE) a été créé par la loi de transformation de la fonction publique n°2019-828 du 6 août 2019. C'est une instance représentative du personnel non médical au sein d'établissement.

Elle est dotée de compétences consultatives sur les sujets ayant une incidence sur le fonctionnement et sur l'organisation d'établissement (article 35 et suivants du décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021).

Le CSE vient remplacer deux instances : le comité technique d'établissement (CTE) et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). A cette occasion, une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail est instituée au sein du comité social d'établissement.

➤ 9.1. Composition

CSE

Le CSE comprend, outre son président et les collaborateurs de son choix, 15 membres titulaires et 15 membres suppléants représentants élus du personnel.

La durée du mandat des représentants du personnel au CSE est fixée à quatre ans.

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

Un représentant de la Commission Médicale d'Établissement (CME), désigné par cette instance, assiste, avec voix consultative, aux réunions de l'instance.

F3SCT

Le nombre de représentants du personnel titulaires dans la formation spécialisée du CSE est égal au nombre de représentants du personnel titulaires dans le CSE. Le nombre de représentants suppléants est égal au nombre de représentants titulaires. Soit : 15 membres titulaires et 15 membres suppléants représentants élus du personnel.

Le nombre de représentants titulaires du personnel médical est égal à deux pour les établissements de 2500 agents et plus ;

Assistent aux réunions de la formation spécialisée du CSE, à titre consultatif :

- Les médecins du travail
- Les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés
- Le représentant du service compétent en matière d'hygiène

➤ 9.2 Attributions

CSE

1- Débats annuels obligatoires

Le CSE débat chaque année sur :

- 1° La programmation des travaux de l'instance ;
- 2° L'évolution des politiques des Ressources Humaines lors de la présentation du rapport social unique.

2- Consultations obligatoires

Le CSE est consulté sur :

- 1° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 2° Le plan de redressement le cas échéant ;
- 3° Le plan global de financement pluriannuel ;
- 4° L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques ;
- 5° L'organisation interne de l'établissement ;
- 6° Les projets de réorganisation de service ;
- 7° La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- 8° Les projets de délibération ;
- 9° Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- 10° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 11° Les modalités d'accueil, d'intégration, d'orientation des personnes en situation de handicap ;
- 12° Les modalités des enjeux et politiques d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations.

La Formation Spécialisée en Santé Sécurité et Conditions de Travail (F3SCT)

La F3SCT exerce ses fonctions et attributions à l'égard du personnel des services de son champ de compétence. La F3SCT est compétente sur les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes

La F3SCT n'est pas consultée sur les projets qui s'intègrent dans une réorganisation de service qui sont examinés directement par l'assemblée plénière du CSE.

La formation plénière du CSE peut décider à tout moment de traiter un sujet relevant de la compétence de la formation spécialisée. Dans ce cas, le sujet traité en formation plénière ne sera pas traité en formation spécialisée.

La F3SCT est associée au suivi et à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). La FS peut proposer un ordre de priorité et des mesures supplémentaires au programme annuel de prévention. Lorsque certaines mesures prévues au programme de prévention n'ont pas été prises, les motifs en sont donnés en annexe au rapport annuel.

Les représentants du personnel à la formation spécialisée sont informés des visites et de toutes les observations de l'agent de contrôle de l'inspection du travail ainsi que des réponses du directeur d'établissement à ces observations.

La F3SCT est également compétente pour :

- La gestion des dangers graves et imminents
- Les visites de services

➤ **9.3 Fonctionnement :**

CSE

Le CSE se réunit une fois par trimestre, sur convocation de son président, à son initiative, ou dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

F3SCT

La FS se réunit six fois par an, sur convocation de son président, à son initiative, ou dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Article 10 – La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

➤ **10.1. La composition de la CSIRMT**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Ses membres sont élus pour 4 ans.

Les représentants élus constituent trois collèges.

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

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

II. – Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

- a) Le ou les directeurs de soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- b) Les directeurs des soins chargés des instituts de formations et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement ;
- c) Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale ou des directeurs des instituts de formation s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;
- d) Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation ou de l'école ou des directeurs des instituts de formation ou des écoles s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;
- e) Un représentant de la commission médicale d'établissement ;

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

➤ **10.2. La désignation des membres et durée du mandat**

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

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

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

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

➤ **10.3. La répartition des sièges**

- **Collège des cadres de santé** (11 titulaires et 11 suppléants)
- **Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques** (15 titulaires et 15 suppléants)
 - Personnels infirmiers (9 titulaires et 9 suppléants) ;
 - Personnels de rééducation (3 titulaires et 3 suppléants) ;
 - Personnels médico-techniques (3 titulaires et 3 suppléants).
- **Collège des aides-soignants** (4 titulaires et 4 suppléants)

Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

➤ **10.4. Les attributions de la CSIRMT**

En application de l'article Art. R. 6146-10, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques **est consultée pour avis** sur :

1. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;

2. L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
3. La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
4. Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
5. La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
6. La politique de développement professionnel continu.
7. La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

Elle **est informée** sur :

1. Le règlement intérieur de l'établissement ;
2. La mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2 " organisation de l'établissement en pôle d'activité" ;
3. Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

La CSIRMT dispose d'un règlement intérieur autonome fixant les règles de fonctionnement de cette instance.

Article 11 - Les commissions administratives paritaires locales (CAPL)

Les CAPL sont composées en nombre égal de représentants de l'administration et du personnel non médical. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants.

Elles connaissent :

1° En matière de recrutement, des décisions de refus de titularisation et des licenciements en cours de stage en cas d'insuffisance professionnelle ou de faute disciplinaire ;

2° Des questions d'ordre individuel relatives :

a) Au licenciement du fonctionnaire mis en disponibilité après qu'il a refusé trois postes qui lui sont proposés en vue de sa réintégration ;

b) Au licenciement pour insuffisance professionnelle ;

c) A l'admission à la retraite prévue dans les cas mentionnés aux articles 17 et 35 du décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière ;

3° Des décisions refusant le bénéfice des congés prévus aux articles L. 214-1 et L. 215-1 du code général de la fonction publique ;

4° Des questions d'ordre individuel relatives au recrutement des travailleurs handicapés, s'agissant :

a) Du renouvellement du contrat dans les cas mentionnés au II de l'article 8 du décret n° 97-185 du 25 février 1997 relatif au recrutement des travailleurs handicapés dans la fonction publique hospitalière dans le cas d'un agent qui, sans s'être révélé inapte, n'a pas fait la preuve de capacités professionnelles suffisantes ;

b) Du non-renouvellement du contrat dans le cas mentionné au III de l'article 8 du même décret ;

5° Du rejet d'une demande d'actions de formation ou d'une période de professionnalisation dans les circonstances prévues respectivement aux articles 7 et 20 du décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière ;

6° Des décisions ayant pour objet de dispenser un fonctionnaire de l'obligation mentionnées au deuxième alinéa de l'article 36 du même décret ;

7° Des décisions de refus d'une demande de congé de formation professionnelle dans les cas prévus à l'article 30 du même décret ;

II.-Elles se réunissent également en conseil de discipline pour l'examen des propositions de sanction des deuxième, troisième et quatrième groupes de l'échelle des sanctions prévues à l'article L. 533-1 du code général de la fonction publique.

III.-Elles sont saisies, à la demande du fonctionnaire intéressé :

1° Des décisions individuelles mentionnées à l'article L. 514-8 du code général de la fonction publique ;

2° Des décisions refusant l'autorisation d'accomplir un service à temps partiel, des litiges d'ordre individuel relatifs aux conditions d'exercice du temps partiel et des décisions refusant des autorisations d'absence pour suivre une action de préparation à un concours administratif ou une action de formation continue ;

3° Des décisions refusant l'acceptation de sa démission ;

4° Des décisions relatives à la révision du compte rendu de l'entretien professionnel ;

5° Des décisions refusant une demande de mobilisation du compte personnel de formation, en application des articles L. 422-8 à L. 422-18 du code général de la fonction publique ;

6° Des décisions refusant une demande initiale ou de renouvellement de télétravail formulée par le fonctionnaire, en application de l'article 5 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature ;

7° Des décisions refusant une demande de congés au titre du compte épargne-temps ;

8° Des décisions d'engagement d'une procédure de reclassement dans les conditions prévues à l'article 3-1 du décret n° 89-376 du 8 juin 1989 relatif au reclassement des fonctionnaires hospitaliers reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.

IV.-Lorsqu'un fonctionnaire sollicite sa réintégration auprès de l'autorité ayant pouvoir de nomination, à l'issue de la période de privation des droits civiques ou de la période d'interdiction d'exercer un emploi public ou en cas de réintégration dans la nationalité française, celle-ci peut recueillir l'avis de la commission administrative paritaire.

V.-Les commissions administratives paritaires connaissent également des questions pour lesquelles des statuts particuliers prévoient leur consultation.

Article 12 - La commission des usagers (CDU)

➤ **12.1 La composition de la CDU**

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ;
- Les médiateurs médecins ;
- Les médiateurs non médecins ;
- Les représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Sont invités à y participer :

- Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
- Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Un représentant du conseil de la vie sociale
- Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;

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

➤ **12.2 Les attributions de la CDU**

La CDU a pour objectifs :

- d'assurer le droit pour le patient et ou son entourage d'exprimer ses observations sur les soins et l'accueil ;
- de veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches ;
- de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'accueil des patients et des proches.
- de faciliter les démarches des usagers et veiller à ce qu'ils puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes

La CDU doit être informée des événements indésirables graves tels que ceux liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention, survenus au cours des 12 derniers mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement.

Elle peut proposer un projet des usagers après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein. Ce projet recouvre la politique d'accueil, la qualité et la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers.

La CDU dispose d'un règlement intérieur autonome fixant les règles régissant la composition, les attributions et le fonctionnement de cette instance.

Article 13 - La commission de l'activité libérale (CAL)

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

➤ **13.1- la composition de la CAL**

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission comprend :

1° Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;

2° Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;

3° Le directeur de l'établissement public de santé ou son représentant ;

4° Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;

5° Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;

6° Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;

7° Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1.

La commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

Le président de la commission médicale d'établissement, qu'il exerce ou non une activité libérale, et les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'établissement ne peuvent être élus président de la commission.

En vue de préparer les séances et d'assurer le suivi des décisions, la commission désigne en son sein un bureau permanent composé de trois membres, dont son président, dès que 6 % des praticiens ayant le droit statutaire d'exercer une activité libérale exercent une activité libérale dans l'établissement.

➤ **13.2- Les attributions de la CAL**

La commission de l'activité libérale de l'établissement est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission peut soumettre aux autorités mentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées.

Le rapport est communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

SECTION 3 – L'ORGANISATION DES POLES D'ACTIVITE

Article 14 - Les pôles d'activité

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

Article 15 - La gestion des pôles d'activité clinique ou médico-technique

Chaque pôle d'activité clinique ou médico-technique du CHR est placé sous la responsabilité d'un praticien, chef de pôle, nommé par le Directeur Général.

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au Directeur Général.

➤ **Article 15.1 – nomination praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique**

Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, le chef de pôle est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement et du président de la CME d'établissement.

La durée du mandat du chef de service ou de responsable de structure interne est par période(s) de quatre ans **renouvelable**. Le Directeur Général peut nommer un chef de pôle pour une première durée d'un an suivie s'il y a lieu d'une seconde période de trois ans.

➤ **Article 15.2 – Nomination des chefs de service ou responsables de structure interne**

Les chefs de service ou responsables de structure interne des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés **par décision conjointe du directeur et du président de CME d'établissement.**

La durée du mandat de chef de service est laissée à l'appréciation du Directeur Général après avis du chef de pôle et du Président du CME.

➤ **Article 15.3 – Fin des fonctions des chefs de pôles**

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

➤ **Article 15.4 - Fin des fonctions des chefs de service**

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

Cette décision peut, le cas échéant, intervenir sur proposition du chef de pôle. Saisi d'une proposition en ce sens, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement disposent d'un délai de trente jours pour prendre leur décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

➤ **15.5 - Les attributions du chef de pôle**

Le Directeur Général signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle.

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique générale de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

Article 16 – Les pôles de gestion

Les pôles de gestion sont placés sous la responsabilité d'un Directeur, membre de l'équipe de Direction, et nommé par le Directeur Général.

Article 17 - Les pôles inter-établissement

Les établissements parties ou associés à un groupement hospitalier de territoire peuvent créer des pôles interétablissements d'activité clinique ou médico-technique.

Le chef de pôle interétablissement est nommé parmi les praticiens exerçant dans l'un des établissements parties ou associés au groupement, après avis des commissions médicales des établissements parties concernés, par décision conjointe du président du comité stratégique et du président de la commission médicale de groupement, ainsi que du directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou, en cas de pluralité d'unités, du président du comité de coordination de l'enseignement médical, si l'un des établissements est un centre hospitalier et universitaire.

Lorsque le chef de pôle inter établissement est un praticien des armées, il est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement support, du président de la commission médicale de groupement et du ministre de la défense.

Après information du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, le directeur de l'établissement support et le chef de pôle interétablissement signent un contrat de pôle, dans les conditions fixées par l'article R. 6146-8.

Le chef de pôle interétablissement a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle interétablissement.

Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures prévues par le projet de pôle. Cette organisation tient compte des nominations des personnels dans chaque établissement et est conforme au projet médical partagé.

Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec le personnel du pôle.

Il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs exerçant dans l'un des établissements parties ou associés au groupement dont il propose la nomination au directeur de l'établissement support, après information du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Lorsque l'un des collaborateurs est un professionnel relevant du service de santé des armées, il est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement support et du ministre de la défense.

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

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

Une représentation du pôle interétablissement est assurée au sein des commissions médicales de chacun des établissements impliqués dans sa constitution et au sein de l'instance équivalente lorsqu'un hôpital des armées est associé au groupement.

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle interétablissements par décision conjointe du président du comité stratégique et du président de la commission médicale de groupement, et après l'avis du directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou, en cas de pluralité d'unités, du président du comité de coordination de l'enseignement médical, si l'un des établissements est un centre hospitalier et universitaire.

Lorsque le chef de pôle interétablissements est un praticien des armées, la décision de mettre fin à ses fonctions est prise dans les conditions fixées au premier alinéa du présent VI conjointement par le ministre de la défense, le président du comité stratégique et le président de la commission médicale de groupement. Toutefois, dans l'intérêt du service public hospitalier ou pour répondre aux besoins

spécifiques de la défense, le ministre de la défense seul, ou le président du comité stratégique et le président de la commission médicale de groupement conjointement, peuvent y mettre fin directement.

CHAPITRE 3 – L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS

SECTION 1 – LES DISPOSITIONS GENERALES

❖ *S/SECTION 1- L'ADMISSION*

Article 18 - Les modes d'admission

➤ **18.1 - Principe du libre choix du malade**

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

Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont, sauf en cas d'urgence et compte tenu des possibilités en lits, le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis.

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

Les patients peuvent être admis sur leur demande, avec l'accord du médecin intéressé, au titre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

➤ **18.2 - Règle générale**

L'admission est prononcée par le Directeur Général ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

➤ **18.3 - L'admission programmée à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation interne**

Hormis les cas d'urgence reconnus par un médecin ou un interne de garde de l'établissement, l'admission est programmée et décidée sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant de la nécessité de l'hospitalisation.

Afin d'éviter que les malades se présentent le jour de leur admission sans être munis des pièces nécessaires à la constitution de leur dossier administratif, il est recommandé de mettre à profit leur passage pour procéder à la pré-admission.

Afin d'organiser sa pré-admission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions où lui sera remis un document précisant les pièces nécessaires à la constitution de son dossier administratif.

En cas d'impossibilité pour le patient de se rendre à la fin de sa consultation au bureau des admissions, le secrétariat lui remet une fiche de pré-admission qui pourra être déposée ou envoyée avec les justificatifs nécessaires.

➤ **18.4 – L'admission non programmée**

L'accueil des patients admis en urgence, en consultation ou en hospitalisation, fait l'objet d'un règlement intérieur autonome.

➤ **18.5 – L'identité du patient**

L'identité-vigilance est un acte de soin et représente un enjeu majeur de sécurité sanitaire pour le patient.

Elle a pour but d'anticiper les erreurs et risques qui pourraient découler d'une mauvaise identification des patients.

Une procédure définit les règles de maîtrise de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge conformément aux bonnes pratiques professionnelles, intégrant la pose automatique d'un bracelet (hors spécificité, telle que la psychiatrie).

Dès que les éléments d'identité sont fournis par le patient ou son entourage au CHR, le médecin responsable de la prise en charge du patient renseigne et transmet au bureau des admissions, le formulaire « Levée d'identité », avec la photocopie recto – verso du justificatif d'identité.

Article 19 - Les régimes d'hospitalisation, les consultations externes et la prise en charge des frais

➤ **19.1 - Les régimes d'hospitalisation**

En règle générale, les patients sont admis à l'hôpital en régime commun.

Toutefois le patient peut choisir d'être hospitalisé en régime particulier (~~chambre à 1 lit~~) en fonction des disponibilités du service.

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein de l'hôpital. Cependant les patients peuvent, sur leur demande, être pris en charge, dans le cadre de l'activité libérale des médecins exerçant à temps plein, lorsque ceux-ci y sont autorisés dans les conditions prévues à l'article 19.3 §3.

➤ **19.2 - Consultations externes**

Le CHR dispose de services de consultation et de soins pour patients externes.

Certains chirurgiens et médecins hospitaliers sont autorisés à consacrer une partie de leur temps à l'activité libérale.

Pour les patients optant pour des soins relevant de l'activité libérale, le secrétariat ou le médecin renseigne le patient lors de la prise de rendez-vous sur les modalités pratiques et les conséquences du choix de l'activité libérale.

Un affichage des horaires des consultations publiques et privées et des noms des médecins est en place dans chaque service.

Les périodes ou les demi-périodes de consultation correspondant à l'activité libérale doivent être clairement identifiées pour chaque praticien sur le tableau de service nominatif validé par le directeur général sur proposition du responsable de la structure.

➤ 19.3 - Modalités de prise en charge des frais d'hospitalisation et de consultation

▪ Les frais d'hospitalisation et les frais accompagnants

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

Restent à la charge des patients :

- le forfait journalier et le ticket modérateur sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur ;
- les éventuels suppléments pour le confort : les frais d'hospitalisation en chambre seule, la télévision ...

Cependant ces frais peuvent être pris en charge directement par une mutuelle en fonction des conventions de tiers payant signées entre le CHR et les mutuelles.

Depuis le 1er janvier 2000, la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 sur la couverture maladie universelle permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale pour ses dépenses de santé.

Elle offre également aux personnes dont les revenus sont les plus faibles une couverture maladie complémentaire.

Dans l'hypothèse où l'hospitalisation ne peut être prise en charge par un quelconque organisme, le patient devra verser un acompte auprès de la caisse de l'hôpital avant son entrée.

En fonction des disponibilités, les patients peuvent opter pour le régime particulier (hospitalisation en chambre à un lit).

L'option est formulée par écrit, dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou un proche, après que l'intéressé a pris connaissance des conditions particulières qu'implique le choix de l'une ou de l'autre de ces catégories.

L'engagement de payer les suppléments aux tarifs de prestations, qui doivent être précisément indiqués, est signé en même temps, sous réserve, en ce qui concerne les assurés sociaux, des conventions entre les établissements publics de santé et les organismes prenant en charge les frais de soins.

▪ Tarifs des consultations externes en secteur public

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

Ils prennent en compte les revalorisations intervenues en cours d'année. Ils sont affichés à la vue du public.

Les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie ; cette procédure les dispense de faire l'avance des frais.

En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers dans le cadre de conventions signées entre le CHR et les organismes mutualistes, ils doivent payer le ticket modérateur et les autres sommes restant éventuellement à leur charge.

- Prise en charge dans le cadre de l'activité libérale

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein peuvent être autorisés à exercer une activité libérale dans les conditions définies par le Code de la santé publique. (Article L. 6154-1 et suivants, R. 6154-1 et suivants du Code de la santé publique).

Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques.

La prise en charge au titre de l'activité libérale ne peut résulter que d'une demande expresse du patient.

Le patient souhaitant ce type de prise en charge doit recevoir du praticien concerné les indications sur les règles applicables du fait de ce choix (tarification et conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie).

Une procédure spécifique **et une charte de l'activité libérale** décrivent les conditions réglementaires d'exercice de l'activité libérale ainsi que le circuit de prise en charge des patients traités au titre de l'activité libérale.

Une charte relative à l'activité libérale

La commission de l'activité libérale est chargée au sein du CHR de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concerne.

- Absence de prise en charge

Une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) accueille les personnes en situation de précarité et établit la liaison avec les services médicaux, administratifs et sociaux.

❖ S/SECTION 2 – L'ACCUEIL DES PATIENTS

Article 20 - L'accueil du patient

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les malades dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination.

Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

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

Article 21 - Le livret d'accueil

Conformément à l'article L. 1112-2 du Code de la santé publique, le livret d'accueil est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein du CHR, dès son arrivée dans l'établissement.

Le livret d'accueil contient tous les renseignements pratiques utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital.

La charte du patient hospitalisé ainsi qu'un questionnaire de satisfaction sont joints au livret d'accueil. Le livret d'accueil mentionne l'existence du présent règlement intérieur et sa mise à disposition de toute personne qui en fait la demande. Il peut être complété par des livrets d'accueil propre à chaque service.

Article 22 - L'information de la famille

Toutes les mesures utiles doivent être prises pour que la famille du patient ou du blessé hospitalisé en urgence soit identifiée et prévenue par l'infirmière ou le médecin.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la possibilité laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation.

En effet, l'article R. 1112-45 du Code de la santé publique dispose : « A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé ».

Ainsi, le patient qui le souhaite peut demander que toute mention de sa présence au CHR soit occultée.

En cas de transfert dans un autre hôpital ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels.

En cas de décès, l'information des familles est assurée par le médecin.

Article 23 - Le dépôt et la restitution des biens

▪ Le dépôt

Lors de son admission, le patient hospitalisé est invité à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession contre délivrance d'un reçu. Le CHR devient dès lors responsable des biens inventoriés.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur des hospitalisés sont effectués auprès de la régie de chaque site.

Si le patient ou le blessé est inconscient, il est procédé à un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont le malade ou blessé est porteur.

L'inventaire est signé par le représentant de l'établissement et l'accompagnant ou à défaut par un témoin.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés 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 engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

▪ Restitution des biens du patient

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au patient du lundi au vendredi, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité lorsque la restitution est faite au déposant.

Les horaires de restitution sont précisés sur le reçu de dépôt.

Le patient peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu du dépôt, de sa pièce d'identité ainsi que la pièce d'identité du patient et d'une procuration signée par le patient.

- Les biens prohibés

Il est interdit d'introduire dans les différents sites du CHR, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière.

Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

Article 24 - La personne de confiance - les directives anticipées

➤ 24.1 La désignation d'une personne de confiance

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient, en vertu des dispositions de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette désignation faite par écrit est valable pour la durée de l'hospitalisation. Elle est néanmoins révocable à tout moment. La Haute Autorité de Santé recommande que le document désignant la personne de confiance soit intégré au dossier médical du patient.

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.

La personne de confiance doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage, dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi, de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionnée ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

➤ 24.2 La rédaction des directives anticipées

En application de l'article L. 1111-11 du CSP, toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. L'objet de ces dernières est de permettre à la personne de faire connaître ses volontés quant à sa fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

Lorsqu'une personne majeure fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées. Leur auteur majeur doit être clairement identifié (nom, prénom, date et lieu de naissance).

La validité des directives anticipées n'est pas limitée dans le temps, elles peuvent être, à tout moment, soit révisées, soit révoquées.

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

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

portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches. Cette information sera également indiquée dans le dossier médical du patient.

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.

Article 25 - Le transfert du patient

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'hôpital constate que l'état d'un patient requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du CHR ou nécessitant des moyens dont l'hôpital ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait du manque de place, un risque pour le fonctionnement du service hospitalier, toutes les mesures nécessaires sont prises pour que le patient soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du CHR ayant en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé.

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif dans un autre établissement.

Le transfert ne peut être effectué sans son consentement, sauf si le patient n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté.

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

Article 26 - Le refus d'hospitalisation

Tout patient dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut, un procès-verbal de refus est dressé par deux membres du personnel constatant cet état de fait.

Le refus de soins figure dans le dossier médical du patient.

Article 27 - La satisfaction des patients

Lors de son admission chaque patient reçoit un questionnaire de satisfaction sur lequel il peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut déposer dans les boîtes aux lettres à disposition dans chaque unité de soins. Une enquête téléphonique peut parfois être réalisée auprès des patients.

Article 28 - Réclamations et voies de recours

Indépendamment du questionnaire de sortie mis à sa disposition, le patient ou ses ayants droit peuvent également faire part de leurs observations et réclamations en adressant un courrier au service des relations avec les usagers du CHR.

Les réclamations écrites sont instruites selon les modalités prescrites par le Code de la Santé Publique. Le cas échéant, le courrier est transmis à la CDU. Tout courrier de réclamation recevra une réponse écrite.

Le patient et sa famille ont la possibilité d'obtenir un rendez-vous auprès du Directeur des Affaires Générales, Juridiques et de la Qualité ou d'un médiateur médecin ou non médecin, membre de la CDU afin d'obtenir des réponses aux questions posées par le patient ou sa famille concernant le séjour et les conditions de prise en charge au sein du CHR.

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

- d'une contestation relative au respect des droits des malades et des usagers du système de santé ;
- de tout litige ou de toute difficulté nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.

Le patient (ou ses représentants légaux, ou en cas de décès ses ayants droit) dispose également d'autres recours s'il estime avoir subi un préjudice grave ou s'il n'est pas satisfait des réponses qui lui sont proposées.

- S'il souhaite adresser une demande de réparation, il doit y procéder auprès de la Direction des Affaires Générales, Juridiques et de la Qualité (DAGJQ) du CHR.
- Il peut saisir la CCI lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important. Sont recevables par cette commission les demandes des personnes pour lesquelles le dommage subi a entraîné une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieure à 24 %, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur douze mois. La demande est également recevable, à titre exceptionnel, si la personne a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle ou si elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence. La CCI ordonne une expertise amiable et rend un avis sur une éventuelle responsabilité au plus tard dans les six mois qui suivent.
- Il peut exercer un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage.

❖ S/SECTION 3 – LES CONDITIONS DE SEJOUR

Article 29 - Le comportement des patients

Durant son séjour à l'hôpital le patient est tenu de respecter certaines règles dans son intérêt propre et dans l'intérêt des autres patients.

▪ Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital

Des restrictions à la liberté d'aller et venir pourront être imposées aux patients en fonction de leur état de santé et du bon fonctionnement du service hospitalier.

Lors de leurs déplacements au sein des différents sites du CHR, les patients devront revêtir une tenue correcte.

- Désordres causés par le patient

Le comportement ou les propos des hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres patients ou pour le fonctionnement du service (nuisances sonores, visites des proches).

Il est interdit d'introduire des boissons alcoolisées ou des médicaments au sein de l'établissement, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

Il est interdit de fumer dans les locaux clos et couverts des sites du CHR.

Les hospitalisés veillent à respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition.

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur Général ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie du patient.

Des dégradations commises volontairement peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade.

- Les animaux domestiques

.

- Hygiène

Les patients sont tenus d'observer au sein de l'établissement de santé, une stricte hygiène corporelle.

Article 30 - Les effets personnels

Les hospitalisés sont tenus d'apporter dans l'établissement leur nécessaire de toilette, leur linge et effets personnels.

Sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le patient conserve ses vêtements et son linge personnels, dont il assure l'entretien. En cas de nécessité, l'hôpital met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés.

Les jouets appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés ne doivent leur être remis qu'avec l'accord de l'équipe soignante.

Article 31 - Le droit de visite

- Modalités du droit de visite

Les visites aux hospitalisés ont lieu selon des horaires définis dans les unités de soins et portés à la connaissance des familles par voie d'affichage.

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

Le droit aux visites peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état des patients.;
- pour les patients placés sous surveillance policière
- pour des motifs liés à la situation sanitaire

Lorsque l'état du patient le justifie ou lorsque l'hospitalisé est un enfant ou adolescent, il est possible aux proches de bénéficier d'un lit « accompagnant » sous réserve des disponibilités du service et des nécessités de l'organisation de soins.

Les frais d'accompagnement sont à la charge de l'accompagnant sauf conventions entre l'établissement et les organismes mutualistes prenant en charge ce type de prestation.

▪ Comportement des visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des services.

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

Il est notamment interdit d'introduire des boissons alcoolisées, des produits illicites ou toxiques, ou des médicaments au sein de l'établissement, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

Le cadre soignant du service doit s'opposer, dans l'intérêt du patient, à la remise à celui-ci de denrées ou de boissons même non alcoolisées, qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit.

Les visiteurs doivent avoir dans le CHR une tenue correcte. Afin de respecter le repos des personnes, ils doivent éviter d'élever le ton de la conversation ; ils doivent éviter de provoquer toute nuisance sonore et ne pas faire fonctionner des appareils bruyants. Il est interdit de fumer/vapoter dans les locaux de l'hôpital.

Le nombre des visiteurs pourra être limité par décision du médecin chef du service.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le Directeur Général ou son représentant, après avis du responsable médical de l'unité de soins correspondante.

Article 32 - Les moyens de communications : courrier - téléphone

La collecte et la distribution du courrier ordinaire sont organisées au sein de chaque site.

Toutes les chambres sont équipées d'un téléphone.

Les hospitalisés ont la possibilité de souscrire un abonnement pour l'usage de l'appareil téléphonique dans leur chambre. Ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Les hospitalisés n'ayant pas souscrit d'abonnement pourront néanmoins être joints dans leur chambre selon les modalités figurant dans le livret d'accueil.

Article 33 - Les repas

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient, soit collectivement dans les locaux spécialement affectés à cet usage.

Tous les patients bénéficient d'un suivi nutritionnel.

L'élaboration des repas tient compte des régimes prescrits par les médecins et diététiciens participant à la définition des menus.

Une enquête de non-goûts est réalisée à l'entrée de chaque patient.

Il est déconseillé d'apporter de l'extérieur des préparations alimentaires aux patients.

La gestion des repas est informatisée.

La famille a la possibilité de demander des plateaux repas accompagnants selon des modalités communiquées dans les unités de soins.

Article 34 – L'exercice du culte

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans la limite du respect de la liberté des autres patients.

A cet effet, différents lieux destinés aux cultes ont été créés sur plusieurs sites du CHR :

- Hôpital de Mercy : Un espace inter-religieux dans le Hall principal au niveau 2 ;
- Hôpital de Bel Air : Une chapelle et un espace pour le culte musulman
- Hôpital Félix Maréchal : Une chapelle
- EHPAD Saint-Jean : Une chapelle
- EHPAD Le parc : Une chapelle

Des représentants des cultes de différentes confessions (catholique, protestant, orthodoxe, israélite et musulman) agréés par le Directeur Général du CHR sont à la disposition des patients sur demande de leur part auprès des cadres soignants.

Article 35 – Les droits civiques

En application des dispositions du code électoral, les patients qui sont hospitalisés et 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 au sein de l'hôpital leur droit de vote, par procuration.

La demande doit être formulée par écrit et accompagnée d'un certificat médical ou d'un document officiel justifiant que l'électeur est dans l'impossibilité manifeste de se déplacer.

Une demande doit être effectuée auprès des hôtes d'accueil.

Les officiers de police judiciaire sont les seuls compétents pour établir une procuration.

Article 36 - Le service social

Le service social du CHR est à la disposition des hospitalisés ou de leurs familles durant les jours ouvrables du lundi au vendredi.

Sur la demande du patient ou dans l'intérêt de celui-ci, une assistante sociale peut se rendre à son chevet.

Le service social a pour mission de faciliter la vie des patients à l'hôpital dans tous ses aspects, de rechercher et de proposer des actions nécessaires à l'accès aux soins, à la réinsertion sociale, familiale, professionnelle et scolaire.

❖ S/SECTION 4 – LA SORTIE

Article 37 - Les modalités de sortie

▪ Autorisation de sortie

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

Ces autorisations de sortie sont accordées, sur avis favorable du médecin chef de service, par le Directeur Général ou son représentant.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que selon des modalités prévues par le Code de la santé publique.

▪ Formalités de sortie

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé n'impose plus son maintien dans l'un des services du CHR, sa sortie est prononcée par le Directeur Général ou son représentant, sur proposition du médecin responsable.

Toutes les dispositions sont prises le cas échéant, sur proposition médicale, pour faciliter le transfert de l'hospitalisé vers un service de moyen ou long séjour adapté à son cas.

Le médecin traitant est informé par une lettre de liaison, après la sortie de l'hospitalisé, des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications

propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade (article R. 1112-60 CSP).

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la poursuite de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits (article R. 1112-61 CSP).
Les modalités de la sortie des patients sont consignées dans leur dossier.

Si un patient sortant médicalement et ne pouvant regagner son domicile ou n'en ayant pas, refuse toutes les solutions de sortie qui lui sont proposées, ce dernier encoure un risque financier, à savoir, la facturation de la chambre dans laquelle il séjourne, les soins de nursing, les repas, etc

Article 38 - Les modalités particulières de sortie

▪ Sortie des mineurs

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur.
Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, un mineur admis dans un établissement de santé, même dans le cadre d'une admission en urgence, ne peut quitter l'établissement qu'accompagné du ou des titulaires de l'autorité parentale, du représentant légal ou d'une personne majeure désignée par lui.
En aucun cas, le patient mineur ne peut quitter seul l'établissement, sauf dans les cas d'émancipation de ce dernier, c'est-à-dire :

- soit à 16 ans révolu par décision du juge des tutelles rendue à la demande des 2 parents ou de l'un d'eux (après avoir entendu l'autre parent, sauf impossibilité de celui-ci de se manifester),
- soit par décision du juge des tutelles à la demande de l'un des membres du conseil de famille.
La convocation du conseil de famille peut être demandée par le tuteur, par un membre du conseil ou par le mineur,
- soit automatiquement par son mariage.

Le cas échéant, le patient mineur peut conserver le secret de sa sortie en vertu des dispositions des articles 52 et 55 du présent règlement.

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

Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant. Celle-ci doit signer l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant par cette sortie ; si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de refus est dressé.

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

▪ Sortie des nouveau-nés

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

- Sortie après refus des soins

Lorsque les patients n'acceptent aucun des traitements, interventions ou soins proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par le Directeur Général ou son représentant, après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus est dressé.

- Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs, des personnes hospitalisées d'office ou à la demande d'un tiers, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le CHR.

Si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la personne hospitalisée, cette dernière n'est autorisée à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait. La sortie est alors prononcée par le Directeur Général ou son représentant.

Lorsque le patient refuse de signer cette décharge, un procès-verbal de refus est dressé pour attester de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

- Sortie disciplinaire

La sortie des patients peut également, hors le cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par le Directeur Général par mesure disciplinaire fondée sur le constat d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

- Sortie à l'insu du service

Au cas où un patient majeur quitte l'hôpital sans prévenir, que les recherches pour le retrouver restent vaines et que le médecin estime que l'état du malade permet sans danger cette sortie, ce dernier est déclaré sortant.

Si le médecin estime au contraire que cette sortie met en danger l'intégrité physique du malade ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées auprès de la famille, puis, si nécessaire, par la police ou la gendarmerie.

Pour les patients mineurs et les majeurs hospitalisés sans consentement, la famille ou le représentant légal doit être immédiatement prévenu. Si la personne exerçant l'autorité parentale signe l'attestation prévue pour les sorties contre avis médical, l'enfant est déclaré sortant. A défaut, le commissariat de police est alerté en vue d'effectuer les recherches nécessaires.

- Transport du patient sortant

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport, que ce soit en véhicule sanitaire ou non sanitaire, le patient 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 par le département.

Si le patient n'exprime pas de choix, le CHR fait appel aux entreprises d'ambulances, inscrites sur une liste, à tour de rôle.

Dans tous les cas, les frais occasionnés sont à la charge du malade qui peut se faire rembourser par sa caisse de sécurité sociale.

Article 39 - Le décès

▪ Aggravation de l'état du patient

Le patient est transporté, dans une chambre individuelle, lorsque son état s'est aggravé et qu'il est en fin de vie.

La ou les personnes que le patient a désignées lors de son admission sont informées de l'aggravation de l'état de santé du patient. Ces personnes sont admises à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

A la demande du patient ou de sa famille, il peut être fait appel à un ministère du culte de la religion du patient.

En cas de besoin, la famille pourra bénéficier de l'accompagnement d'un psychologue.

▪ Constat du décès

Le décès est constaté par un médecin qui établit le certificat de décès défini par la réglementation.

Ce document est communiqué à la famille ou à l'entreprise funéraire.

Les décès sont inscrits sur le registre des décès.

▪ Notification du décès

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

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- pour les militaires, à l'autorité compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un Service Départemental d'Aide Sociale à l'Enfance, au président du conseil départemental ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Le décès est mentionné sur le dossier du patient ainsi que l'information donnée à la famille (date, heure, personne contactée, heure d'arrivée le cas échéant).

Le médecin traitant est informé du décès par courrier.

- Les formalités administratives

La déclaration du décès auprès de la mairie du lieu de décès est effectuée par la famille ou, sur délégation, par les entreprises funéraires dans les 24 heures suivants le décès.

- Enfant décédé avant la déclaration de naissance

Conformément à l'article n° 79-1 du Code Civil, lorsqu'un enfant est décédé avant que sa naissance soit déclarée à l'état civil, il est établi un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat médical indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant les jours et heures de sa naissance et de son décès.

- Déclaration d'enfant sans vie

Pour les enfants n'étant pas né vivant et /ou viable, l'officier d'état civil de la mairie du lieu de décès délivre un acte d'enfant sans vie.

En application des décrets 2008-798 et 2008-800 du 20 août 2008 et de l'arrêté du 20 août 2008, l'acte d'enfant sans vie est dressé par l'officier d'état civil sur production d'un certificat médical d'accouchement mentionnant les heures, jour et lieu de l'accouchement.

- En cas d'indice de mort violente ou suspecte

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur Général ou son représentant, prévenu par le médecin chef du service, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du code civil.

- Toilette mortuaire et inventaire après décès

Lors du décès médicalement constaté, l'équipe soignante procède à la toilette et à l'habillage du défunt et dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs laissés par le défunt.

L'inventaire est dressé en présence de deux soignants. Il est inscrit sur une fiche d'inventaire.

Les objets précieux, espèces, valeurs et bijoux font l'objet d'un dépôt auprès du régisseur de l'établissement. Les autres effets personnels sont remis à la famille.

Lorsque des mesures de police sanitaire s'imposent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt peuvent être incinérés par mesure d'hygiène. Ces mesures sont mises en œuvre dans le cadre de procédures internes validées notamment par la Direction et le Service d'Hygiène Hospitalière du CHR.

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

- La restitution des biens aux ayants droits

Les espèces, valeurs et bijoux déposés, sont restitués aux ayants droit au vu d'un certificat d'hérédité ou à défaut entre les mains du notaire.

En cas de non observation de la procédure relative au dépôt de biens en vigueur dans l'établissement, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital.

Les effets mobiliers, apportés par les personnes décédées dans les établissements publics de santé après y avoir été traitées gratuitement, appartiennent auxdits établissements publics de santé à l'exclusion des héritiers et du domaine en cas de déshérence.

Les héritiers et légataires des personnes dont le traitement et l'entretien ont été acquittés de quelque manière que ce soit peuvent exercer leurs droits sur tous les effets apportés dans les établissements publics de santé par lesdites personnes malades ou valides ; dans le cas de déshérence, les mêmes effets appartiennent aux établissements publics de santé.

- Admission en chambre mortuaire de personnes décédées

Le corps est déposé à la chambre mortuaire et il ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements.

- Les transports de corps avant mise en bière

- *vers un domicile ou une résidence*

Le transport avant mise en bière d'une personne décédée vers son domicile ou la résidence d'un membre de sa famille est subordonné :

1° A la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile ;

2° A la détention d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles ;

3° A l'accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès ;

4° A la déclaration préalable au transport faite par écrit effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps indiquant la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée du corps. Elle fait référence à la demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles. ;

5° A l'accord, du directeur Général de l'établissement ou de son représentant après vérification de l'accomplissement des formalités précédentes.

- *vers une chambre funéraire*

Le transport avant mise en bière d'une personne décédée vers une chambre funéraire est subordonné :

1° A la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile ;

2° A la détention d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles ;

3° A l'accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès ;

4° A la déclaration préalable au transport faite par écrit effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps indiquant la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée du corps. Elle fait référence à la demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

➤ *vers les chambre mortuaire ou les chambres de transfert*

Les transports de corps sans mise en bière vers les chambres mortuaires ou les chambres de transfert sont subordonnés à :

- 1° La détention de l'extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles ;
- 2° L'accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès auprès de la mairie du lieu de décès ;
- 3° La déclaration préalable au transport faite par écrit effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps indiquant la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée du corps. Elle fait référence à la demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles ;
- 4° L'accord, du directeur Général de l'établissement ou de son représentant après vérification de l'accomplissement des formalités précédentes.

➤ *Opposition du médecin*

Le médecin peut s'opposer au transport du corps avant mise en bière lorsque l'état du corps ne permet pas un tel transport. Il en avertit sans délai par écrit la famille et, s'il y a lieu, le directeur de l'établissement.

➤ *Conditions de transport*

Le transport avant mise en bière du corps d'une personne décédée vers son domicile, la résidence d'un membre de sa famille ou une chambre funéraire ne peut être réalisé sans une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps.

Lorsque le corps est transporté avant mise en bière hors de la commune du lieu de décès ou de dépôt, une copie de la déclaration de transport est immédiatement adressée, par tout moyen, au maire de la commune où le corps est transporté.

Les transports de corps avant mise en bière sont effectués au moyen de véhicules spécialement aménagés, exclusivement réservés aux transports mortuaires.

Les familles ont le libre choix de l'entreprise de transport sans mise en bière. La liste des entreprises habilitées dans le département de la Moselle est tenue à disposition des familles auprès de la chambre mortuaire ou auprès des hôtesses d'accueil.

Les opérations de transport de corps avant mise en bière du corps d'une personne décédée sont achevées dans un délai maximum de **quarante-huit heures à compter du décès**.

Pour les établissements ne disposant pas de chambre mortuaire, les opérations de transport de corps avant mise en bière du corps d'une personne décédée sont achevées dans un délai maximum de **dix heures à compter du décès**.

▪ Transport de corps après mise en bière

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

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse contenant des radio-éléments ou un stimulateur cardiaque, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

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

- Corps non réclamés

L'établissement de santé doit tenter de retrouver une famille : recherche du lieu de naissance ou d'un acte de naissance, etc., la famille ou, à défaut, les proches disposant d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de la personne décédée.

Parallèlement, l'établissement :

- Transmet la déclaration de décès au bureau d'état civil du lieu de résidence du patient décédé ;
- En cas de non réclamation du corps dans le délai de 10 jours (articles R 1112-75 et R 1112-76 du code de la santé publique), l'établissement dispose de 2 jours francs « pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci ; en l'absence de ressources suffisantes », c'est la commune qui prend en charge les frais d'obsèques (article L 2223-27 du code général des collectivités territoriales).

Article 40 – Les prélèvements d'organes et de tissus

Le CHR est autorisé à pratiquer des prélèvements d'organes et de tissus après décès, à des fins thérapeutiques ou scientifiques.

Le consentement est présumé au don d'organes. Cela signifie que toute personne qui n'a pas fait connaître de son vivant son refus au don est présumée consentir au prélèvement de ses organes au moment de son décès.

Cependant, la recherche d'informations permettant d'apprécier et de respecter la position du défunt au sujet d'un éventuel refus est obligatoire.

Les indices d'un éventuel désaccord ou réticences du défunt peuvent être révélés par :

- le recueil du témoignage oral d'un proche ;
- la trace manuscrite d'un refus ou d'une restriction (accord limité à un ou certains organes particuliers) ;
- l'enregistrement, par personne décédée, au registre national des refus de dons d'organes ;
- ou la carte de donneur d'organes de la personne décédée si elle en possède une.

Lorsque la personne décédée est un mineur, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale y consente par écrit.

Toutefois, s'il n'est pas possible de consulter l'un des titulaires de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit.

Lorsque la personne décédée est un majeur sous tutelle, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que le tuteur y consente par écrit.

Article 41 – Les autopsies et les inhumations

Préalablement à l'inhumation, une autopsie peut être pratiquée :

➤ Soit dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès après autorisation du directeur général ou de son représentant, sauf si la famille du défunt s'y oppose expressément et sauf si le patient, de son vivant, avait fait connaître clairement son opposition.

En cas d'autopsie sur mineur, l'autorisation des représentants légaux devra également être requise.

➤ Soit lors de mesures d'enquêtes ou d'instruction diligentées au cours d'une procédure judiciaire suite à réquisition écrite émanant des autorités judiciaires (Magistrat, procureur ou substitut, juge d'instruction, président d'un tribunal Officier de police judiciaire policier ou gendarme).

➤ Soit dans le cas de risques d'épidémie grave ou d'infection hautement transmissible, dans le but d'assurer la protection de la santé publique.

SECTION 2 – LES DISPOSTIONS PARTICULIERES

Article 42 - Les femmes enceintes

▪ Admission

Le Directeur Général ou son représentant ne peut, s'il existe des lits vacants dans les services de gynécologie – obstétrique du CHR, refuser l'admission d'une femme enceinte dans le mois précédant la date présumée de l'accouchement ou d'une femme accouchée et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

▪ Secret de l'hospitalisation

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de l'accouchement, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise.

Le directeur informe de cette admission la cellule dédiée du conseil Départementale.

Article 43 - Les malades mineurs

▪ Admission

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.

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

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsque aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance

- Autorisation d'opérer - Refus de soins

L'admission du mineur, régulièrement autorisée, implique l'acceptation d'un programme thérapeutique élaboré par un médecin du service de soins.

En cas d'intervention chirurgicale, l'autorisation écrite des parents ou du détenteur de l'autorité parentale est exigée.

Si les parents ou le tuteur sont défailants, par leur refus ou par l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de signer l'autorisation d'opérer, le Directeur Général ou son représentant peut saisir le Procureur de la République ou le Juge des Enfants afin de provoquer une mesure d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent.

- Mineur relevant d'un service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance

Lorsque le mineur relève d'un service d'Aide Sociale à l'Enfance, le Directeur Général ou son représentant adresse au Directeur Départemental des Interventions Sanitaires et Sociales (service de l'aide à l'enfance) dans les quarante-huit heures de l'admission, sous pli cacheté, le certificat confidentiel du chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

- Objets de valeur

Si l'enfant est porteur de bijoux ou d'objets de valeur et que la famille désire les lui voir conserver avec lui, une décharge de responsabilité de l'établissement sera demandée à l'accompagnant.

- Accompagnants

Sur accord des médecins, le père ou la mère de l'enfant peut être autorisé à rester la journée ainsi que la nuit auprès de l'enfant, en fonction des disponibilités du service.

Les frais d'accompagnement sont à la charge de l'accompagnant sauf conventions entre l'établissement et les organismes mutualistes prenant en charge ce type de prestation.

Article 44 - Les incapables majeurs

L'admission d'un majeur sous sauvegarde de justice peut être prononcée avec le seul accord du patient.

L'admission d'un majeur sous curatelle peut être prononcée avec le seul accord du patient. Il apparaît cependant prudent d'informer le curateur.

Sauf urgence vitale, l'admission d'un majeur sous tutelle nécessite l'autorisation du tuteur. Cependant, le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché, s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision le concernant.

Article 45 - Les patients étrangers

Les personnes de nationalité étrangère sont admises au CHR dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

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

Ils doivent lors de leur admission présenter les formulaires internationaux normalisés attestant de la prise en charge financière des soins.

Article 46 - Les personnes hébergées dans les unités de soins de longue durée (USLD) et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Les conditions de séjour des personnes hébergées dans les unités de soins de longue durée sont régies par le règlement de fonctionnement propre à ces structures.

Les biens des résidents hébergés en unités de soins de longue durée et en EHPAD peuvent, sur décision de justice, être administrés, en considération des intérêts du malade, par un mandataire judiciaire, membre du personnel du CHR.

Le mandataire judiciaire assure dans le strict respect du mandat du juge l'une ou l'autre des mesures suivantes :

- une mesure judiciaire (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle) visant à la protection des personnes qui se trouvent, en raison de l'altération de leurs facultés mentales ou corporelles, dans l'incapacité de pourvoir seul à leurs intérêts. La protection concerne la personne et les biens.
- une mesure d'accompagnement judiciaire où le mandataire gère les prestations dans l'intérêt de la personne.

Article 47 – L'admission en soins psychiatriques sous contrainte

Le consentement du malade à son hospitalisation dans un établissement traitant les troubles mentaux demeure la règle. Si le malade consent à son hospitalisation, celle-ci est dite « libre ». Les patients en soins psychiatriques libres disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux patients hospitalisés pour une autre cause, et notamment du droit d'aller et venir librement à l'intérieur de la structure médicale où ils sont admis et au sein du groupe hospitalier.

Toutefois, dans certains cas, il est néanmoins nécessaire d'assurer des soins psychiatriques sans consentement lorsque le patient ne s'y prête pas volontairement.

48.1- Les procédures d'admission en soins psychiatriques sans consentement

La loi n°2011-308 du 05 juillet 2011 et le décret n°2011-847 du 18 juillet 2011 relatifs aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge applicable à compter du 01.08.2011, modifiée par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 publiée au J.O. en date du 29 septembre 2013, distingue trois procédures d'admission en soins psychiatriques sans consentement.

➤ A la demande d'un tiers

Le Directeur est saisi d'une demande (sous forme d'une lettre manuscrite, signée et datée) 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'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade.

Deux conditions doivent être réunies : l'existence de troubles rendant impossible ce consentement et un état imposant des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

L'admission est prononcée par le Directeur sur présentation de deux certificats médicaux établis l'un par un médecin extérieur de l'établissement, l'autre par un médecin de l'établissement.

A titre exceptionnel, sur demande d'un tiers et en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, le directeur peut prononcer l'admission sur présentation d'un seul certificat médical émanant d'un médecin de l'établissement.

- En l'absence d'un tiers et en cas de péril imminent.

S'il est impossible de recueillir une demande de tiers et qu'il y a péril imminent (c'est-à-dire en cas de danger immédiat pour la santé ou la vie du malade), le Directeur peut désormais prononcer une admission sur présentation d'un certificat établi par un médecin extérieur de l'établissement.

- A la demande du représentant de l'Etat

Cette procédure, prévue par L. 3213-1 permet aux autorités administratives de faire hospitaliser d'office, sans attendre la demande d'un tiers, des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

L'hospitalisation à la demande du représentant de l'Etat est prononcée par arrêté préfectoral au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

48.2 - Les modalités de prise en charge des patients

L'article L. 3211-2-1 du CSP prévoit qu'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est prise en charge:

- 1° Sous la forme d'une hospitalisation complète ;
- 2° Sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, soins à domicile, hospitalisation à domicile, séjours à temps partiels ou séjours de courte durée à temps complet.

Lorsque le patient est maintenu en hospitalisation complète prévue au 1°, de manière continue depuis la date d'admission en soins sans consentement, l'hospitalisation complète ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, saisi par le Directeur ou par le représentant de l'Etat, n'ait statué sur cette mesure avant l'expiration du 12^{ème} jour à compter de l'admission puis avant l'expiration de chaque période de 6 mois à compter de la précédente décision judiciaire.

Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2°, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce programme, dont le contenu est fixé par décret, définit le ou les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité.

Article 48 - Les détenus

Le CHR est chargé de dispenser aux détenus du Centre Pénitentiaire de Metz l'ensemble des prestations ambulatoires relevant de la médecine générale, les soins dentaires, des consultations spécialisées et d'assurer la permanence des soins.

Une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) est organisée dans les locaux du centre pénitentiaire, dont les modalités d'organisation et de fonctionnement sont régies par un protocole signé entre le CHR et le centre pénitentiaire.

Les consultations spécialisées qui ne peuvent pas être organisées en milieu pénitentiaire sont assurées au CHR. En cas d'impossibilité, celui-ci prend toute disposition pour que ces consultations soient réalisées dans un autre établissement de santé (à titre principal le CHR de METZ en cas d'hospitalisation de moins de 48 heures ou dans l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (**UHSI**) de Nancy-Brabois en cas d'hospitalisation dépassant prévisionnellement les 48 heures ou enfin si le profil du détenu nécessite une garde pénitentiaire spécifique). Le Centre Pénitentiaire de Metz prend toutes les mesures utiles pour assurer la sécurité des personnes à l'occasion de ces consultations lors des extractions conformément aux dispositions du Code de Procédure Pénale.

CHAPITRE 4 – DOSSIER MEDICAL-DROITS ET INFORMATION DU PATIENT

SECTION 1 – LE DOSSIER MEDICAL

Article 49 - L'accès au dossier médical

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

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 459 du code civil, a accès à ces informations dans les mêmes conditions.

Dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par la loi du 4 mars 2002.

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

Toutes les garanties sont prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers médicaux conservés dans l'établissement.

Article 50 - Le contenu du dossier médical

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Ce dossier contient au moins :

- l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir.

- Ainsi que les éléments suivants, ainsi classés :

1° *Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :*

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;

- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

Le cas échéant, le formulaire de consentement daté et signé si le patient a choisi d'être traité au titre de l'activité libérale.

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) La lettre de liaison remise à la sortie prévue par l'article R. 1112-1-2;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière.

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables au patient les informations énumérées aux 1° et 2°.

SECTION 2 – L'INFORMATION MEDICALE

Article 51 - L'obligation d'informer le patient

Le secret médical n'existe pas à l'égard du patient, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 consacre le droit du patient à être informé sur son état de santé. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

▪ La discussion bénéfice / risque

L'information délivrée par le médecin doit être « loyale, claire et appropriée ».

Cette information porte sur les différents traitements, investigations ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent.

Par ailleurs, l'information délivrée au patient ne saurait se limiter à une information standard sur les risques inhérents à l'acte. Le médecin se doit de procéder à une évaluation personnalisée des bénéfices et des risques de l'acte envisagé compte tenu des spécificités du patient (état de santé, âge, profession, habitudes et projets de vie, environnement familial...). Le praticien doit également informer son patient des différentes alternatives thérapeutiques susceptibles de remédier à sa pathologie, laissant à ce dernier le libre choix compte tenu de l'évaluation bénéfice/risque.

L'objectif est de permettre au patient de disposer de toutes les données nécessaires à la compréhension de sa situation personnelle, pour consentir de manière libre et éclairée aux actes médicaux et aux traitements et de lui permettre de décider en connaissance de cause, après avoir comparé les bénéfices escomptés et les risques encourus.

Il revient au praticien de prouver qu'il a effectivement informé le patient. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peut l'en dispenser.

Le dossier patient doit assurer la traçabilité de l'information donnée au patient.

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

- Le suivi en secteur libéral

Pour les patients suivis en secteur libéral, le patient doit, avant l'exécution d'un acte, être informé par le médecin du coût des actes envisagés et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie et régimes complémentaires.

Article 52 - Le secret de l'hospitalisation

Les patients hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein de l'hôpital.

Une mention relative à l'admission sous secret est portée sur le dossier et à la connaissance des services concernés (standard, accueil, service de soins).

Article 53 - Le droit à la confidentialité

- Le principe du respect de la vie privée du malade

L'article 9 des principes généraux de la charte du patient hospitalisé ainsi que l'article L. 1110-4 du Code de la Santé publique consacrent le respect de la vie privée des patients ainsi que le secret des informations les concernant

Ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

- Les données administratives et médicales sur support informatique

La loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004 et le décret d'application 2005-1309 du 20.10.2005 reconnaît à tout patient le droit de savoir si les données personnelles le concernant sont recensées dans des fichiers informatiques et l'utilisation faite des données collectées.

Les traitements informatisés des données médicales relatives aux patients ne doivent porter atteinte, ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

Ce droit à l'information conditionne les autres droits reconnus aux patients par la loi tels que le droit d'accès, de rectification en cas d'erreur et le droit d'opposition pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique.

Dans la mesure du possible les patients sont informés au moment de la collecte de leurs données.

Les dispositions principales de cette loi sont affichées dans les services accessibles aux patients.

Article 54 - L'information des proches

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de la part du patient.

Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

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

Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

Article 55 - L'information des patients mineurs

Dans les conditions définies à l'article L. 1111-5 du Code de la Santé Publique, les patients mineurs ont droit au secret des informations médicales les concernant vis-à-vis du ou des titulaires de l'autorité parentale.

Article 56 - L'information du médecin traitant

▪ L'admission du patient

Le praticien en charge du patient fait parvenir au médecin désigné par le patient ou sa famille une lettre lui faisant connaître la date, l'heure et le service d'admission du patient et l'invitant à prendre contact avec le service de soins afin de fournir tous renseignements utiles sur le patient et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état du patient.

▪ La sortie du patient

En application de l'article R1112-1 du CSP, à la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum.

SECTION 3 – LE CONSENTEMENT AUX SOINS

Article 57 - Le principe du consentement aux soins

En vertu de l'article L.1111-4 du Code de la santé publique : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, la famille ou à défaut l'un des proches du patient aient été consultés.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

Article 58 - Le refus de soins

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Lorsqu'un patient n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, peut être prononcée par le Directeur Général ou son représentant.

Une proposition alternative de soins est au préalable, dans toute la mesure du possible, faite au malade.

La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Ce témoin peut être un agent de l'hôpital.

En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du patient, le médecin responsable s'assure que le refus du patient procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt.

Article 59 - Les situations particulières

- Dispositions relatives au consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs ou des majeurs sous tutelle

Dans le cas où les père, mère, représentant légal ou tuteur sont en mesure de donner l'autorisation écrite d'opérer et de pratiquer des actes liés à l'opération, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention médicale ou chirurgicale se révèle nécessaire.

Si les parents, le représentant légal ou le tuteur sont défailants, par leur refus ou par l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de signer l'autorisation d'opérer, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale sauf si, en vertu des dispositions de l'article L. 1111-4 du Code de la Santé Publique, l'absence d'intervention risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle.

Dans ce cas, la décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des parents, du représentant légal ou du tuteur.

Le praticien responsable précise dans le dossier médical du patient la nécessité d'intervenir en urgence et certifie qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile les parents, le représentant légal ou le tuteur ou le cas échéant que ces derniers se sont opposés à l'intervention.

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

- Dispositions spécifiques relatives au consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des patients mineurs

Le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas

où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

▪ Dispositions relatives à la recherche biomédicale

Tout médecin qui procède à des actes inhabituels (non routiniers) au regard du tableau clinique d'un de ses patients et collecte les données biologiques ou autres recueillies dans ce cadre, puis analyse de façon globale ces données afin d'en tirer des conclusions, devient promoteur d'une recherche biomédicale de nature interventionnelle (défini par l'article L.1121-1 du code de la santé publique).

Les médecins peuvent proposer aux patients hospitalisés ou aux personnes venues pour consultation de participer à une recherche biomédicale sous certaines conditions prévues aux articles L.1121- 2 à L. 121-4 et L. 1122-1 à L. 1122-1-1 du code de la santé publique à savoir :

➤ Aucune recherche biomédicale ne peut être effectuée sur l'être humain :

- si elle ne se fonde pas sur le dernier état des connaissances scientifiques et sur une expérimentation préclinique suffisante ;
- si le risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à la recherche est hors de proportion avec le bénéfice escompté pour ces personnes ou l'intérêt de cette recherche ;
- si elle ne vise pas à étendre la connaissance scientifique de l'être humain et les moyens susceptibles d'améliorer sa condition ;
- si la recherche biomédicale n'a pas été conçue de telle façon que soient réduits au minimum la douleur, les désagréments, la peur et tout autre inconvénient prévisible lié à la maladie ou à la recherche, en tenant compte particulièrement du degré de maturité pour les mineurs et de la capacité de compréhension pour les majeurs hors d'état d'exprimer leur consentement ;
- l'intérêt des personnes qui se prêtent à une recherche biomédicale prime toujours les seuls intérêts de la science et de la société.

➤ Les recherches biomédicales ne peuvent être effectuées que si elles sont réalisées dans les conditions suivantes :

- sous la direction et sous la surveillance d'un médecin justifiant d'une expérience appropriée ;
- dans des conditions matérielles et techniques adaptées à l'essai et compatibles avec les impératifs de rigueur scientifique et de sécurité des personnes qui se prêtent à ces recherches.

Dans les sciences du comportement humain, une personne qualifiée, conjointement avec l'investigateur, peut exercer la direction de la recherche.

Les recherches biomédicales concernant le domaine de l'odontologie ne peuvent être effectuées que sous la direction et la surveillance d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin justifiant d'une expérience appropriée.

Les recherches biomédicales concernant le domaine de la maïeutique et conformes aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 1121-5 ne peuvent être effectuées que sous la direction et la surveillance d'un médecin ou d'une sage-femme.

Les recherches biomédicales portant sur des médicaments sont réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques fixées par décision de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Pour les autres recherches, des recommandations de bonnes pratiques sont fixées par décision de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Les personnes chargées du contrôle de qualité d'une recherche biomédicale et dûment mandatées à cet effet par le promoteur ont accès, sous réserve de l'accord des personnes concernées, aux données

individuelles strictement nécessaires à ce contrôle ; elles sont soumises au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Aucune recherche biomédicale ne peut être pratiquée sur une personne sans son consentement libre et éclairé, recueilli après que lui a été délivrée l'information prévue à l'article L. 1122-1.

➤ La recherche biomédicale ne peut être mise en œuvre qu'après avis favorable du Comité de Protection des Personnes et autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

➤ Aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée dans le cadre d'un consentement libre, éclairé et exprès. Il doit être consigné par écrit après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi.

Les patients, 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.

CHAPITRE 5 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE

SECTION 1 – DISPOSITIONS GENERALES

Article 60 - Objectifs des règles de sécurité

Les règles de sécurité visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle ou accidentelle, dus à des malveillances, des défaillances techniques, des défaillances humaines ou des facteurs naturels et 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. Elles doivent en permanence être proportionnées aux besoins des établissements.

Article 61 – La mise en œuvre des règles de sécurité

Le Directeur Général, ou son représentant sur le site, veille, en tant que responsable de la conduite générale et du bon fonctionnement du CHR, au respect des règles de sécurité et de fonctionnement des différents sites du CHR et coordonne leur mise en œuvre.

Le Directeur Général, ou son représentant édicte les règles de sécurité par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Les services de sécurité assurent la sécurité des biens et des personnes sur les différents sites du CHR.

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur Général.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées :

- ils ne peuvent intervenir dans les services et unités de soins qu'à la demande du Directeur Général du CHR ou des personnels responsables de ces services et unités ;
- en dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder à aucune fouille, ni à l'ouverture d'un vestiaire, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier ;
- ils ne peuvent effectuer ni vérification, d'identité ni autres investigations ;
- Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive.

Article 62 - Les circonstances exceptionnelles

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

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le Directeur Général peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation.

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès aux sites de l'hôpital à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées comme l'ouverture des sacs, bagages, paquets ou véhicules.

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, pour le personnel ou pour des usagers, le Directeur Général peut même à défaut de consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut également décider de la mise en place d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

Article 63 - Catastrophes et afflux massif de victimes

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le Directeur Général prend toutes les mesures indispensables à l'exécution et à la continuité du service public hospitalier.

En cas de catastrophe et d'afflux de victimes, le personnel hospitalier est tenu de se conformer au plan de secours d'urgence. Dans ce cadre, obligation est faite aux agents de communiquer leur numéro de téléphone.

Le listing des coordonnées personnelles des agents établi pour la mise en œuvre des plans d'urgence ne peut être utilisé à d'autres fins.

Article 64 – Le matériel de vidéo surveillance

Un matériel de vidéo surveillance est installé sur l'ensemble des sites.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel.

Il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéo surveillance doivent respecter les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Article 65 - Opposabilité des règles de sécurité

Toute personne ayant pénétré dans l'enceinte des différents sites, quel que soit son statut et la raison de sa présence, doit dans l'intérêt général se conformer aux règles de sécurité.

Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

Le présent règlement est transmis aux différents organismes liés au CHR par voie de conventions.

Le présent règlement leur est opposable.

Les règles de sécurité en vigueur au sein des sites de l'hôpital leur sont opposables.

Article 66 - Rapports avec l'autorité judiciaire

Le Directeur Général, ou son représentant, informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

-

Article 67 - Rapport avec les autorités de police et de gendarmerie

Seul le Directeur Général a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du CHR une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur Général doit être systématiquement informé par les autorités de police des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il doit également être tenu informé par les services médicaux, sans délai, de toute demande adressée à ces services par les autorités de police concernant une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition...). Il veille à ce que soient pris en considération les impératifs tirés de l'application de la loi pénale et les garanties légales ou réglementaires édictées dans l'intérêt du patient, notamment la préservation du secret médical.

Article 68 - La garde technique et administrative

Afin d'assurer la continuité du fonctionnement des services et des équipements et de répondre à l'urgence, le Directeur Général organise :

- Le week-end, les jours fériés et la nuit, une permanence de direction assurée par les directeurs de l'établissement
- Une garde technique assurée 24H/24 par les agents des services techniques afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour garantir la sécurité du fonctionnement de l'hôpital.

SECTION 2 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES ET SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION

Article 69 - Protection des données à caractère personnel

La protection des données que nous traitons au quotidien nécessite que chaque acteur concerné puisse connaître leurs rôles et responsabilités en matière de respect des droits et des libertés des personnes concernées (patients, usagers, agent, partenaire, visiteurs, etc.) ainsi que les principes de protection des données.

Le document de référence Politique Générale de Protection des Données décrit le cadre organisationnel, juridique et méthodologique pour la protection des données à caractère personnel mis en œuvre dans le respect des obligations légales.

La Politique Générale de Protection des Données a pour objectifs de :

- se mettre en conformité avec :
 - .le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ;
 - .la législation Française en vigueur sur le domaine de la protection des données (loi « informatique et libertés », Code de santé publique, etc.) ;
 - .les directives des autorités compétentes sur le domaine (CNIL ANSSI, etc.) ;
 - .les guides de bonnes pratiques et les codes de conduite applicable aux établissements de santé ;

- décrire les rôles et les responsabilités en matière de gestion et de protection des données à caractère personnel ;
- formaliser les principes à mettre en application pour assurer la protection des données à caractère personnel des personnes concernées et assurer la sécurité des systèmes d'information

A l'occasion du séjour des patients au sein du CHR, des renseignements administratifs, sociaux et médicaux les concernant et constituant des données à caractère personnel, sont traités par les systèmes informatiques du CHR. Ces données sont notamment recueillies pour faciliter la gestion administrative des dossiers, la facturation des actes médicaux, la télétransmission des feuilles de soins, l'édition des résultats d'analyse et d'examens ou encore des travaux statistiques à usage de service. Les traitements gérant ces informations sont effectués dans le respect de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

Les personnes concernées peuvent exercer un droit d'accès à ces informations, afin d'en vérifier l'exactitude et le cas échéant afin de les rectifier, de les compléter ou de les mettre à jour. Elles peuvent, après en avoir justifié, s'opposer aux traitements de leurs données.

Article 70 - Sécurité du système d'information

La sécurité et le bon fonctionnement du Système d'Information sont l'affaire de tous et découlent d'une action à la fois collective et individuelle. Chacun doit être conscient de ses droits, mais aussi de ses devoirs tant vis-à-vis des patients

Toute connexion au système d'information est potentiellement susceptible de mettre en péril l'ensemble de la fiabilité du système d'information, de sa pérennité et de la préservation de la confidentialité des données administratives et médicales.

Une Politique de Sécurité du Système d'Information a été élaborée dans un document de référence définissant les mesures élémentaires de protection et d'utilisation du système d'information applicables sur tous les sites.

La Charte d'utilisation des technologies numériques, a pour objet de définir les règles d'utilisation des systèmes d'information et de rappeler les risques encourus en cas de non-respect de ces règles. (Annexe 1)

Dans l'hypothèse où une infraction à ce règlement serait constatée, le CHR se réserve la possibilité de porter plainte.

SECTION 3 – LES REGLES DE SECURITE

Article 71 - La sécurité des biens

La sécurité des biens vise la protection des biens des patients et du patrimoine mobilier et immobilier du CHR.

Les biens du patient hospitalisé peuvent faire l'objet d'un dépôt selon la procédure décrite à l'article 24 du présent règlement.

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à disposition par le CHR.

Les personnels de l'hôpital doivent maintenir fermés les locaux pour lesquels il est prévu une clé.

Dans le cas contraire, leur responsabilité pourra être engagée en cas de vol.

Toute dégradation volontaire peut entraîner le remboursement par l'agent fautif des dégâts causés.

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol, toute perte, toute dégradation de valeurs, d'objets divers, d'argent, qui n'ont pas été confiés en dépôt dans les conditions prévues à l'article 23 du présent règlement, ne peut entraîner la mise en cause de la responsabilité de l'établissement.

Article 72 - La sécurité des personnes

La sécurité des personnes vise la protection de l'intégrité physique des usagers, des personnels et des tiers présents dans l'enceinte des différents sites du CHR.

L'ensemble des dispositions relatives à la sécurité et au fonctionnement a vocation à y concourir.

Article 73 - L'accès aux sites du CHR

L'accès aux sites du CHR est réservé aux usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions professionnelles.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à l'une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur Général ou de son représentant.

Le Directeur Général ou son représentant doit être avisé immédiatement de la présence de tiers dont la présence au sein de l'hôpital n'est pas justifiée. Il veille à ce que ces derniers soient invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduit à la sortie de l'hôpital.

Pour des raisons de sécurité, le Directeur Général peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques encourus et des responsabilités éventuelles.

Les animaux domestiques ne peuvent pas être introduits dans l'enceinte de l'hôpital, à l'exception de la médiation animale et des chiens-guides d'aveugles.

L'accès des visiteurs et accompagnants est libre aux heures de visite convenues dans le service sous réserve du respect du repos des hospitalisés comme du fonctionnement du service. Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant, ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'hôpital, sera invité à quitter l'établissement.

L'accès des tiers devant intervenir dans l'enceinte de l'hôpital en raison de maintenance ou de travaux est prévu par le cahier des clauses techniques particulières du contrat qui lie l'entreprise au CHR.

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein de l'hôpital doivent préalablement faire l'objet d'une autorisation du Directeur Général.

L'accès des professionnels de la presse au patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal. Ce consentement doit être recueilli par écrit par le professionnel concerné.

Les images des patients, les enregistrements audio/vidéo sont pris sous l'entière responsabilité des professionnels de la presse ; le CHR ne saurait en aucune manière être appelé en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles au sein de l'établissement doivent conclure une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

L'accès au sein de l'hôpital est strictement interdit aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs, sauf autorisation spécifique.

Aucune enquête, notamment téléphonique, ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur Général ou de son représentant. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

Les réunions publiques sont interdites au CHR sauf autorisation expresse du Directeur Général ou de son représentant.

Article 74 – Les règles relatives à la captation d'images, de vidéos ou d'enregistrement audio – Droit à l'image

La capture d'images (photographies ou vidéos) ou de sons (enregistrement audio) de professionnels, patients, proches ou visiteurs sans leur autorisation est interdite.

Il faut entendre par « droit à l'image » le droit dont dispose chaque personne sur la captation (photographie, vidéo) de son image et la diffusion de ces captations par quelque moyen que ce soit. Il s'agit donc d'un droit sur l'image de la personne. Cette image ne peut être utilisée sans le consentement exprès de la personne. Ces modalités s'appliquent aux enregistrements audios.

Il est par conséquent interdit d'enregistrer ou de filmer une conversation à l'insu de toute personne.

Le droit sur l'image est un droit personnel des individus. Chacun doit donc consentir personnellement à la captation de son image, ou de sa voix, et à son utilisation. L'autorisation ainsi accordée par les individus doit définir précisément les temps et lieux de captation de ces images/enregistrements ainsi que les utilisations qui peuvent en être faites. Si les images et/ou les enregistrements sont utilisés à une autre fin que celle pour laquelle le consentement a été donné, il y aura alors atteinte aux droits de l'individu représenté.

Il est donc nécessaire d'obtenir une autorisation des personnes concernées en vue d'effectuer une captation de leur image et/ou un enregistrement et l'utiliser à postériori.

A défaut, la responsabilité de la personne ayant capté ces images et/ou ces enregistrements en méconnaissance du droit à l'image des agents ou des autres patients pourrait être engagée.

Ces dispositions ne concernent pas les images captées dans le cadre de la vidéo-protection de l'établissement.

Article 75 – Les règles de sécurité incendie

Le CHR est assujéti aux règles, relatives à la sécurité contre le risque d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

L'ensemble du personnel hospitalier est concerné par la sécurité incendie et doit œuvrer dans l'exercice de ses fonctions pour prévenir tout risque d'incendie.

En cas d'incendie, le personnel est tenu de se conformer aux consignes de sécurité prévues et affichées à chaque entrée et issue de service.

La formation à la sécurité incendie est une formation obligatoire dont aucun personnel ne saurait être exempté.

Les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, et notamment des incendies sont répertoriés dans le registre sécurité.

Ces renseignements sont communiqués à la commission départementale de sécurité à l'occasion de ses passages au sein de l'hôpital.

Article 76 – Les règles dérogatoires en cas de Situations Sanitaires Exceptionnelles

Le présent Règlement peut être modifié de manière temporaire par des mesures dérogatoires et spéciales liées à une Situation Sanitaire Exceptionnelle.

SECTION 4 – REGLES DE CIRCULATION DES PERSONNES ET DES VEHICULES

Article 77 – La voirie hospitalière et la circulation

Les voies de desserte établies dans l'enceinte des différents sites constituent des dépendances du domaine public. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public hospitalier.

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

L'accès des espaces verts est interdit au public hors des lieux à aménagement spécifique (bancs, circulations piétonnières).

En cas de vol, de dommage, d'accident, les règles et procédures générales de responsabilité et d'indemnisation s'appliquent.

Article 78 – Le stationnement dans l'enceinte du CHR

Les modalités de circulation et de stationnement au sein des différents sites du CHR font l'objet d'un règlement intérieur autonome.

SECTION 5 – DISPOSITIONS RELATIVES A L'HYGIENE ET A LA SECURITE

Article 79 – L'hygiène à l'hôpital

Tous les agents du CHR doivent observer strictement les règles d'hygiène qui les concernent pendant l'exécution de leurs fonctions :

- Une stricte hygiène personnelle est de règle au CHR. Chacun est tenu de l'observer.
- Les agents doivent porter en présence des patients, les tenues professionnelles adaptées à leurs fonctions et à leurs lieux d'exercice, fournies par l'établissement.
- Les agents doivent se conformer aux protocoles en vigueur validés et disponibles sur Norméa.

Article 80 – L'interdiction de fumer et de vapoter

Conformément à la loi du Evin du 10 janvier 1991, il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux clos et couverts des sites du CHR.

Cette interdiction est applicable à l'ensemble des locaux du CHR, écoles de formation, sous-sol et issues de secours compris.

Cette interdiction est applicable à l'ensemble des personnes intervenant dans l'enceinte du CHR Metz-Thionville, et notamment aux personnels, aux usagers, aux étudiants, aux fournisseurs, aux prestataires extérieurs.

Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux clos et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer.

L'usage des cigarettes électroniques est prohibé au même titre que le tabac classique. La cigarette électronique ne doit pas constituer une incitation à fumer dans les lieux non-fumeurs, ni contribuer à un retour à la « normalisation » de l'usage du tabac.

Des consultations d'aide au sevrage tabagique et des traitements substitutifs sont proposés dans l'établissement.

Ainsi, en cohérence avec les missions de soins et de prévention de l'hôpital et pour éviter de laisser des accès non-prévus ouverts (zones techniques, patios etc.) générant des risques pour les patients, le personnel a l'obligation d'utiliser les zones fumeurs circonscrites et de s'y rendre uniquement pendant son temps de pause. Aucun temps de pause complémentaire n'est par ailleurs accordé au personnel fumeur.

Le non-respect de ces règles entrainera après cette période de tolérance, des sanctions disciplinaires ou celles prévues par la loi.

Article 81 – Usage des alcootests

Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse.

Il est donc formellement interdit aux agents de consommer de l'alcool pendant leur service en dehors d'événements autorisés par la direction.

Il pourra être demandé aux professionnels de se soumettre à un alcootest si leur état présente ou semble présenter un danger pour leur propre sécurité, celle de leurs collègues, ou des patients afin de faire cesser immédiatement cette situation.

L'agent concerné pourra demander à être assisté d'un tiers et à bénéficier d'une contre-expertise par prise de sang.

Article 82 – Les déchets hospitaliers

Le personnel de l'hôpital et de toute entreprise ou association hébergée dans son enceinte est tenu de respecter scrupuleusement la traçabilité et les procédures de tri en vigueur concernant la collecte, l'évacuation et l'élimination des déchets solides, liquides ou radioactifs.

Article 83 – Le tri du linge

Le personnel de l'ensemble des services (soins, UCP, convoyeur, ...) est tenu de respecter scrupuleusement les procédures de tri et d'évacuation du linge en vigueur.

CHAPITRE 6 – LES PERSONNELS DU CHR

SECTION 1 – LES DROITS ET OBLIGATIONS DES PERSONNELS – PRINCIPES GENERAUX

Le bon fonctionnement du service public hospitalier et le respect du patient imposent le respect par les agents de l'hôpital d'un certain nombre d'obligations. Le non-respect de ces obligations est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

Article 84 - L'exécution du travail et la continuité du service

- L'obligation d'obéissance hiérarchique

Tout agent, quel que soit son grade ou sa fonction, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Chacun est tenu de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique et ne peut s'y soustraire que dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement l'ordre public.

Pour assurer la continuité du service, il peut être demandé à un agent d'exécuter le travail imparti à un collègue momentanément empêché. L'exécution de cet ordre ne peut être refusée. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions codifiées par les lois et règlements en vigueur.

- L'assiduité et la ponctualité

L'assiduité et la ponctualité des personnels de toute catégorie conditionnent le bon fonctionnement des services.

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions dans le respect des horaires de travail fixés par les tableaux de service et les plannings prévisionnels. Tout retard ou absence doit être porté sans délai à la connaissance du supérieur hiérarchique.

- Le droit de grève

Le droit de grève ne peut s'exercer dans l'établissement que dans le respect de la continuité du service public hospitalier ; il ne saurait entraver le bon fonctionnement des services et la continuité des soins.

En cas de grève, le Directeur Général a la responsabilité de la mise en œuvre d'un service minimum. Dans ce but, il assigne au service les agents nécessaires qui se voient interdire l'exercice du droit de grève.

La participation à un mouvement de grève pendant les heures de travail entraîne une retenue de traitement proportionnelle à la durée de l'arrêt de travail.

Article 85 - La rémunération

Les articles L711-2 et suivants du Code Général de la Fonction Publique ainsi que l'article R. 6152-23 du CSP concernant les praticiens hospitaliers, posent le principe de la rémunération après service fait.

En l'absence de service fait, le Directeur Général du CHR a le pouvoir de suspendre le traitement ou de le proportionner au temps de travail effectif.

Par ailleurs, tout agent qui est présent sur son lieu de travail mais qui s'abstient d'exécuter ses obligations peut voir son traitement diminuer proportionnellement. Toutefois, pour que cette retenue puisse être opérée, l'inexécution doit être suffisamment manifeste pour pouvoir être matériellement constatée sans qu'il soit besoin de porter une appréciation sur le comportement de l'agent (conformément à la décision du 28 juillet 1987 du Conseil Constitutionnel).

Article 86 - Le secret professionnel

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tous. L'ensemble du personnel hospitalier y est tenu. Toute violation du secret professionnel peut entraîner l'application des sanctions pénales prévues par la loi.

Le secret professionnel couvre l'ensemble des informations qui parviennent à la connaissance des personnels dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, c'est-à-dire, non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Seuls la loi et les règlements peuvent délier les personnels de leur obligation de secret :

- dans les cas de révélation obligatoire limitativement énumérés par les lois et règlements à savoir :
 - la déclaration de naissance ;
 - le certificat de décès ;
 - la déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret ;
 - la déclaration des infections sexuellement transmissibles ;
 - le certificat d'accident du travail ;
 - le certificat de maladie professionnelle ;
 - le certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation ;
 - la déclaration visant au placement d'un majeur sous sauvegarde de justice ;
 - la déclaration de l'état dangereux des alcooliques ;
 - le certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge ;
 - la déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication, pour les malades toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique.
- Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- Pour le médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;
- Pour le médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la

victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;

- Pour les professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Dans le domaine des activités de soins, seul le médecin est habilité à communiquer au malade ou à sa famille des informations sur l'état de santé de ce dernier, dans les conditions fixées par le code de déontologie.

Article 87 - La 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 et les informations dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

Il est interdit de donner à toute personne étrangère au CHR et notamment à des journalistes, agents d'assurance ou démarcheurs, communication de documents ou d'informations portant sur l'identité ou l'état de santé des patients hospitalisés ou consultants externes.

L'agent peut être délié de cette obligation, soit par respect des textes concernant la liberté d'accès aux documents administratifs, soit au profit du Juge d'Instruction ou d'un officier de police agissant sur réquisition ou commission rogatoire, et après information du Directeur Général. Toutefois ceci n'est pas applicable aux informations médicales contenues dans le dossier patient.

Article 88 - L'obligation de réserve et le respect de la neutralité du service public

L'obligation de réserve consiste à ne pas manifester dans ses actes comme dans ses paroles, ses opinions politiques, religieuses, syndicales ou philosophiques en présence des usagers. Dans l'exécution de leur service, les agents du CHR s'abstiennent notamment de tout propos, discussion ou comportement excessif ou déplacé, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital.

Les signes d'appartenance religieuse ne sont pas tolérés au sein du CHR, qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou dès lors qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public. Chacun est tenu de respecter la Charte de la Laïcité.

Tout personnel du CHR doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre en charge, avec la même conscience, tous les patients ou usagers du service public, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

Article 89 : Utilisation des réseaux sociaux

Les personnels sont tenus, sous peine de sanction, de s'abstenir de tous propos, discussion ou comportement excessif, déplacé, injurieux ou diffamatoire, susceptible d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les personnels de l'hôpital. Ces dispositions s'appliquent avec une particulière vigilance à l'égard des médias, et des réseaux sociaux.

En application de cette obligation, aucune information permettant d'identifier des personnes hospitalisées ou résidentes, des personnels en situation de travail, aucun commentaire sur l'environnement de travail ne doit être publié sur les réseaux sociaux par les agents : l'établissement se réserve le droit de poursuites correspondant à la qualification des faits constatés.

Par conséquent, aucune personne employée par le CHR Metz-Thionville ne peut prendre la parole au nom de l'établissement ou de ses collègues sans l'accord explicite de la direction de l'établissement. Elle ne peut pas divulguer des informations médicales ou relatives à l'intimité du patient ; elle ne peut pas publier des photos de collègues ou patients sans leur accord. La Direction Générale peut être amenée à prononcer des sanctions à l'égard de, ou à poursuivre devant la justice. Toute personne amenée à enfreindre ces règles

Article 90- L'obligation d'accueillir et d'informer les usagers et leurs familles

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers et de leurs familles, dans le respect des obligations de réserve, de secret et de discrétion professionnelle ci-dessus mentionnées.

Les familles sont accueillies et informées de l'évolution de l'état de santé de leurs proches, avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

Les familles doivent être avisées en temps utile des décisions importantes concernant les patients. Hormis les cas d'urgence médicale, un changement de service d'accueil ou une décision d'intervention chirurgicale devra en particulier être porté à leur connaissance avant que la décision ne soit exécutée. Dans le cas de l'aggravation de l'état de santé du patient, la famille doit être informée rapidement, notamment par téléphone.

Article 91 - Le respect des règles de sécurité

Les agents doivent respecter l'interdiction de fumer prévue à l'article 78 du présent règlement
Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'hôpital et de ses usagers.

Article 92 - Le port de la tenue professionnelle

La tenue fait partie intégrante du respect dû aux patients.

Dans le cadre de la politique de l'établissement en matière de port de la tenue professionnelle, des tenues différenciées en fonction du métier exercé, sont attribuées à l'ensemble des professionnels du CHR afin de les identifier plus rapidement.

Le port des équipements de protection individuelle est une obligation pour les professionnels du CHR. En cas de non-respect de cette obligation, les personnels encourent les sanctions disciplinaires appropriées.

La tenue vestimentaire est un des éléments d'hygiène de base dans la politique de prévention du risque infectieux tant à destination des patients, du personnel que de l'environnement.

De ce fait, les professionnels se doivent de respecter les consignes et les bonnes pratiques des protocoles et des recommandations qui ont été élaborées par le service d'hygiène hospitalière.

Les règles élémentaires interdisent le port de la tenue « hôpital » en dehors de zones de soins et notamment aux selfs, à l'internat, au domicile, dans les véhicules, à l'administration et dans les secteurs logistiques.

Ces règles interdisent également d'entretenir soi-même ses tenues professionnelles qui doivent faire l'objet d'un nettoyage spécifique.

Article 93 - Le respect du repos des usagers et la lutte contre les nuisances sonores

Le personnel hospitalier s'efforcera de garantir au patient dont il a la charge le maximum de confort physique et moral.

Chacun doit contribuer à faire respecter le silence, en particulier la nuit, en évitant notamment l'agitation inutile, les éclats de voix, le port de chaussures bruyantes, la fermeture violente et intempestive des portes.

Article 94 - Le respect de la personne et de son intimité

L'intimité du patient doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales, des traitements pré-opératoires et post-opératoires, des radiographies, des brancardages, et d'une manière générale, à tout moment du séjour hospitalier.

Les patients hospitalisés ne peuvent pas être amenés à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut pas être passé outre à leur refus.

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

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf accord explicite de ces derniers.

Article 95 – L'obligation de prise en charge de la douleur

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Article 96 - Le devoir d'information du supérieur hiérarchique et de signalement des incidents

Tout agent doit signaler à son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, les incidents de toute nature dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de son service.

Dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tout agent de l'hôpital qui a connaissance d'un événement indésirable est tenu de le déclarer dans le logiciel dédié à leur signalement.

Article 97 - L'interdiction des pourboires et avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels du CHR, aux étudiants et aux associations de professionnels de santé de recevoir des dons des personnes hospitalisées ou de leurs proches, ou de se rendre acquéreur de biens appartenant à une personne âgée hébergée ou à une personne recevant des soins psychiatriques.

Il est interdit aux personnels du CHR aux étudiants et aux associations de professionnels de santé de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant les prestations, produisant ou commercialisant les produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Les modalités d'application de ces interdictions sont détaillées par le décret n°2020-753 du 15 juin 2020 issu de la loi anti cadeaux.

Article 98 – L'usage des outils de communication personnels sur le lieu de travail

L'usage des outils de communication personnels (téléphones portables, tablettes informatiques, montres connectées etc.) et matériels audios (Ipod etc.) à des fins non professionnelles est interdit dans l'enceinte des services de l'hôpital pendant le temps de travail.

Ils peuvent en effet occasionner ou présenter

- des risques pour les patients (qualité et sécurité des soins)
- des risques pour les personnels (conduite de véhicule, d'engins, machines, etc.)
- des risques de contamination par des micro-organismes multi résistants
- des risques de déconcentration préjudiciables aux services rendus au public (admissions, secrétariats, standards, etc.)
- une gêne pour les autres agents de l'établissement, particulièrement dans les locaux collectifs.

L'intégralité du temps de travail des agents est consacrée aux missions qui leur sont confiées.

Ces équipements lorsqu'ils sont à usage strictement personnel sont à conserver rangés dans les vestiaires ou bureaux des personnels.

Toutefois, un usage personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est admis pendant les pauses et le temps de repas. Au sein d'un environnement contrôlé tel que le bloc opératoire ou les secteurs stériles, l'usage de ces outils de communication personnels sera exercé avec tact et mesure pour des raisons d'hygiène.

L'usage des outils de communication personnels pendant les temps de pause de repas ne doit pas porter atteinte à l'image de l'établissement et ne doit en aucun cas être porté à la vue des patients ou de visiteurs et accompagnants.

Ces mesures sont applicables à l'ensemble des personnels quel que soit leur statut.

Le non-respect de ces règles peut conduire à des sanctions à l'initiative de l'employeur.

SECTION 2 – LE PERSONNEL MEDICAL DU CHR

Article 99 - Les statuts et missions

Le CHR Metz-Thionville est employeur :

- De médecins, des odontologistes, des sages-femmes et des pharmaciens dont le **statut**, qui peut prévoir des dispositions spécifiques selon que ces praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements, est établi par voie réglementaire ;
- De médecins, des odontologistes, des sages-femmes et des pharmaciens recrutés par **contrat** dans des conditions déterminées par voie réglementaire ;
- De praticiens **contractuels associés**, exerçant sous la responsabilité directe d'un médecin, d'un odontologiste ou d'un pharmacien et qui participent à l'activité de médecine, d'odontologie ou de pharmacie ;
- Dans le cadre de la convention d'association avec le **CHU de Nancy et l'Université de Lorraine**, d'agents relevant des statuts des personnels enseignants et hospitaliers mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation ;
- Dans le cadre de leur formation des externes et des internes dans des conditions déterminées par voie réglementaire ;
- Des médecins, **sages-femmes** et odontologistes exerçant à titre libéral, admis à participer à l'exercice de certaines missions de service public des conditions fixées par voie réglementaire.

Article 100- Les règles déontologiques applicables aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques

▪ L'indépendance professionnelle

La condition de personne salariée de l'hôpital ne fait pas obstacle à l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art dans le respect des règles d'organisation du service du pôle et de l'établissement.

▪ Le code de déontologie médicale

Tous les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques sont soumis au code de déontologie de leur profession et peuvent se voir sanctionner disciplinairement par le Conseil de l'ordre professionnel dont ils relèvent en cas de manquement aux règles de ce code.

- La bonne confraternité

En application de l'article R. 4127-56 du Code de la santé publique, les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.

Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.

- La continuité du service

Les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques sont assujettis à des contraintes de service public et notamment à l'obligation d'effectuer des gardes et astreintes pour assurer la continuité du service.

Les tableaux de service fixent les obligations relatives à l'activité des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques. Ils ont pour objet de répartir l'activité et les horaires de travail entre les divers médecins du CHR, de façon à garantir la continuité des soins.

Les tableaux de service garantissent la réalité du service fait. Ils sont signés par le chef de pôle ou le chef de service.

- Affectation du personnel médical

Le directeur d'établissement prononce l'affectation sur le poste dans le pôle d'activité en fonction du profil de poste et des nécessités de service.

Le praticien chef de pôle a une autorité fonctionnelle sur les personnels médicaux et leur affectation au sein du pôle dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

- Le devoir de formation

Le médecin a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

Tout médecin doit justifier du respect de cette obligation auprès de la Commission Médicale d'Etablissement et de la Direction Générale.

- L'éthique médicale

Le médecin a un devoir d'assistance envers les patients et les blessés et une obligation de non-discrimination entre les malades (au titre de leur condition, nationalité, religion...). Il est par ailleurs tenu au secret professionnel.

Le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

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

Le CHR Metz-Thionville dispose d'un Comité de Réflexion Ethique commun avec le Centre Hospitalier de Briey. Ce comité de réflexion éthique a la possibilité d'être saisi par tous professionnels du CHR ou du CHB, d'une demande d'avis visant à examiner une situation en lien avec l'activité hospitalière ou médico-sociale, sous un angle éthique. Ce comité est régi par un règlement intérieur qui prévoit les modalités de sa saisine.

- Les devoirs envers les patients

Le médecin doit à son patient une information « loyale, claire et appropriée » et veille à sa bonne compréhension.

Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Le médecin doit rechercher le consentement du patient dans tous les cas et respecter sa volonté.

Il doit s'efforcer de « soulager les souffrances du malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable » dans les investigations ou la thérapeutique. Il doit « accompagner le mourant » mais n'a pas le droit de « provoquer délibérément la mort ».

Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il a un rôle de protection de l'enfance, des mineurs et des personnes victimes de sévices ou de privations.

- Le secret médical

Le secret médical couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le secret professionnel a un caractère collectif dans le cadre du service public hospitalier, ce qui permet la circulation du dossier médical du malade entre les services ou les établissements.

Le secret professionnel n'est opposable qu'aux tiers, mais jamais au patient.

La levée du secret médical doit concilier le pouvoir du juge d'instruction de procéder « à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité », et l'obligation qui est faite au médecin de provoquer « toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel ».

Cette conciliation est résolue le plus souvent par la présence d'un représentant de l'Ordre des médecins lors de la saisie et de la remise des documents.

Par contre, le médecin requis en qualité d'expert par un officier de police judiciaire est, en la circonstance, auxiliaire de justice et doit apporter toutes les informations susceptibles d'apporter des éclaircissements sur l'imputation des faits incriminés à la personne réputée en infraction.

Dans ce cas le médecin ne viole pas le secret médical, qui peut être levé au profit des Juges d'Instruction ou des officiers de police judiciaire agissant sur commission rogatoire des magistrats, ou pour permettre la mise en œuvre d'une législation particulière (accidents du travail par exemple).

Il ne peut être dérogé au secret professionnel que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi et énumérés à l'article 84 du présent règlement.

- L'activité libérale

Une activité libérale peut être exercée par les praticiens hospitaliers temps plein titulaires dans les conditions définies à l'article 19-3.

- Le respect du tableau de service

L'ensemble des praticiens se doit de respecter les tableaux de service arrêté mensuellement par le directeur général sur proposition du responsable de la structure.

- Obligation de codage de l'activité médicale

Les praticiens sont garants de l'exhaustivité et de la qualité des informations concernant leur activité médicale (publique et privée), en hospitalisation comme en consultation externe. Le codage de l'activité est réalisé sur la base des descriptifs et règles du PMSI en vigueur. Outre le diagnostic principal, les diagnostics associés et actes réalisés par le praticien font l'objet d'une codification et d'une saisie dans le système d'information du CHR. Dans le cadre de leur activité externe, les praticiens sont également tenus de tracer tous les actes NGAP et CCAM qu'ils réalisent, ainsi que les majorations qui leur sont applicables.

En application des dispositions de l'article L 6113-7 du Code de la santé publique, les praticiens du CHR ont l'obligation de transmettre au médecin responsable de l'information médicale les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de leur activité et à la facturation de celle-ci.

Compte tenu de l'impact de la facturation de l'activité médicale sur la trésorerie de l'établissement, les praticiens sont tenus de transmettre le codage de l'activité réalisée :

- **en temps réel** pour le codage relatif aux prises en charge en externe ;
- **dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai de 8 jours après la sortie du patient** pour le codage relatif aux séjours d'hospitalisation .

Le non-respect de la qualité du codage et des délais de transmission est susceptible d'occasionner des sanctions financières pour l'établissement et les praticiens :

- En application de l'article L. 162-22-18 du Code de la sécurité sociale, en cas de manquement aux règles de facturation, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée, l'établissement est passible de sanctions financières ;
- En application du dernier alinéa de l'article L. 6113-7 du Code de la santé publique les praticiens qui ne satisfont pas aux obligations prévues au présent article, pourront faire l'objet d'une retenue sur salaire.

- Les recommandations de l'HAS et des sociétés savantes

L'ensemble des praticiens se doivent :

- De se conformer aux bonnes pratiques recommandées par les sociétés savantes ;
- De mettre en œuvre les recommandations de l'HAS relatives :
 - Aux démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique,
 - A l'organisation des analyses de la mortalité-morbidité dans les secteurs de chirurgie, chirurgie gynécologique, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie,
 - A l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie ainsi que dans les secteurs d'activité dans lesquels leur mise en place est obligatoire pour la délivrance de l'autorisation d'activité de soins.

- L'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle

Il est recommandé à l'ensemble des praticiens exerçant une activité à risque de s'engager dans la procédure d'accréditation prévue à l'article L. 4135-1 du CSP.
Les spécialités concernées sont listées à l'article D. 4135-2.

Article 101 - Les visites médicales quotidiennes et la participation aux staffs

L'ensemble des praticiens se doivent :

- D'effectuer, les visites quotidiennes auprès des patients hospitalisés dans les différents services de l'établissement ;
- De participer aux staffs.

Article 102 - La permanence des soins

Les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ont la responsabilité de d'assurer la permanence des soins.

La permanence des soins a pour objet d'assurer, les nuits, samedis, dimanche et jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence.

La permanence des soins est organisée sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile.

Article 103 - Le département d'information médicale (DIM)

Le Département d'Information Médicale est un service chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Les attributions et le fonctionnement du DIM font l'objet d'un règlement intérieur spécifique.

SECTION 3 – LE PERSONNEL NON MEDICAL

Article 104 - Les différentes catégories de personnels

Le personnel non médical du CHR comprend des agents titulaires, stagiaires et contractuels.

Des textes spécifiques permettent de gérer les personnels répartis en filières professionnelles définies notamment par les statuts particuliers suivants :

- le personnel administratif et de direction ;
- le personnel des services de soins ;
- le personnel de rééducation ;
- le personnel médico-technique ;
- le personnel socio-éducatif ;
- les psychologues ;
- le personnel technique ;
- le personnel ouvrier, les conducteurs automobiles, les ambulanciers, les personnels d'entretien et de sécurité.

Les fonctionnaires hospitaliers sont régis par le Code Général de la Fonction Publique. A ce titre, les personnels du CHR, membres de la fonction publique hospitalière, jouissent de divers droits et libertés en contrepartie desquels ils sont tenus au respect de diverses obligations.

Article 105 - Les droits du fonctionnaire

- La liberté d'opinion et la non-discrimination

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle ou identité de genre, de leur âge, de leur patronyme, de leur situation de famille ou de grossesse, 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.

- L'égalité des sexes

Une égalité totale de recrutement, d'avancement, de carrière et de rémunération est garantie aux deux sexes.

- La liberté d'expression

La carrière du fonctionnaire ne peut être affectée en aucune façon par les opinions émises au cours d'un mandat ou d'une campagne électorale. Le droit à l'expression collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation du travail est reconnu à l'ensemble des personnels hospitaliers.

- La liberté syndicale

Le droit syndical est garanti aux personnels du CHR sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers. Ce droit comprend la liberté de créer un syndicat, d'y adhérer et d'exercer un mandat syndical. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

- Le droit à la participation

Le fonctionnaire dispose du droit, par l'intermédiaire de ses représentants, à participer à l'élaboration des règles statutaires, à la définition des orientations en matière de politique de ressources humaines, à l'examen des décisions individuelles de carrière et à la définition et la gestion de l'action sociale, culturelle, sportive et de loisirs du CHR.

Il dispose également du droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation du travail.

- Le droit de grève

Le fonctionnaire hospitalier a le droit de faire grève. Cependant, ce droit s'exerce en tenant compte des impératifs de continuité des soins selon les modalités prévues à l'article 82 du présent règlement intérieur.

- Le droit à une protection dans l'exercice de ses fonctions : la protection fonctionnelle

En cas de menaces, de violences, d'injures ou de diffamation vis-à-vis du personnel, non liées à une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire dispose du droit à la protection juridique prévue à l'article L134-1 du Code Général de la Fonction Publique. Cette disposition concerne tant les agents titulaires et stagiaires que les agents publics non titulaires.

En cas de besoin, les agents peuvent s'adresser à la Direction des Affaires Générales, Juridiques et de la Qualité pour tout renseignement relatif à la mise en œuvre de la protection juridique des agents en cas d'agression, en transmettant à leur supérieur hiérarchique le formulaire de demande de protection fonctionnelle.

- Le droit à la formation professionnelle

Le fonctionnaire hospitalier peut accéder à des formations d'adaptation, de perfectionnement, de reconversion et de promotion.

Ses demandes sont examinées au regard du plan de formation du CHR fixé chaque année. Le fonctionnaire peut saisir la commission paritaire en cas de refus d'accès à une formation. Il peut par ailleurs accéder à des formations personnelles et être placé en congé de formation professionnelle.

Article 106 - Les obligations du fonctionnaire

Le fonctionnaire doit dans l'exercice de ses fonctions respecter certaines obligations professionnelles. Le non-respect de celles-ci l'expose à des sanctions disciplinaires voire à des sanctions pénales.

Outre les obligations de secret et de discrétion professionnel, de réserve, d'information du public et d'obéissance hiérarchique mentionnées ci-dessus et qui s'imposent à tous les agents des différents sites du CHR, le fonctionnaire hospitalier devra veiller particulièrement au respect des autres obligations relevant de son statut.

- L'interdiction du cumul des fonctions et des rémunérations

Toute l'activité professionnelle du fonctionnaire doit être centrée sur l'exercice des tâches qui lui sont confiées. Il ne peut exercer aucune activité professionnelle privée et lucrative, de quelque nature qu'elle soit, sauf exceptions fixées par décret.

- L'obligation de désintéressement

Le fonctionnaire hospitalier ne peut avoir d'intérêts directs ou indirects dans une entreprise en relation avec son administration et de nature à compromettre son indépendance.

Article 107 - Les agents contractuels

Les personnels employés en tant que contractuels par le CHR sont régis par le Code Général de la Fonction Publique (CGFP).

Outre les droits et obligations énumérés par le CGFP et comme tout agent de l'hôpital, les contractuels sont soumis aux droits et obligations figurant dans leur contrat de travail par référence à ceux des fonctionnaires hospitaliers.

Les droits et obligations du fonctionnaire s'appliquent aux autres agents du CHR dans les conditions prévues par la loi, la jurisprudence, les règlements et les décrets existants.

Par ailleurs, afin de préserver la continuité d'activité, le CHR peut recourir dans ses contrats, autant que de besoin, à des clauses de non-concurrence.

Article 108 - Les stagiaires de la fonction publique

Les personnels entrés au CHR en tant que stagiaires de la fonction publique n'obtiennent le titre de fonctionnaire qu'après leur titularisation. Ils sont néanmoins soumis aux obligations de secret et de discrétion professionnelle, d'obéissance hiérarchique et d'information du public.

Article 109 - Les stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et les professionnels au sein du CHR doivent faire l'objet d'une convention entre ce dernier et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage. Les obligations de secret et de discrétion professionnel leur sont, entre autres, opposables.

Article 110 - Les bénévoles

Les associations et organismes qui offrent un service bénévole de visite et d'aide aux malades doivent, en application de l'article L. 1112-5 du Code de la Santé Publique conclure une convention déterminant les modalités d'intervention des associations sur la base de la convention type prévue par la circulaire 2004-471 du 04 octobre 2004.

Le présent règlement intérieur est porté à la connaissance des bénévoles, intervenant au sein du CHR au titre des diverses associations de visite et d'aide aux malades.

Les bénévoles sont tenus au respect des dispositions du présent règlement intérieur.

En cas de non-respect de ces obligations, le Directeur Général ou son représentant peut prononcer l'exclusion de l'intervenant extérieur.

Article 111 – Les intervenants des entreprises extérieures

Tout agent d'une entreprise extérieure intervenant au sein de l'établissement devra porter de manière visible sur sa tenue professionnelle un badge ou un logo permettant de l'identifier.

CHAPITRE 7 – APPROBATION, DISPOSITION ET MISE A JOUR DU REGLEMENT

Article 112 – L'approbation du règlement intérieur – l'entrée en vigueur

Le présent règlement intérieur est arrêté par le Directeur Général du CHR après :

- Concertation du Directoire ;
- Consultation du CSE et de la CME
- Délibération du Conseil de surveillance ;
- Information de la CSIRMT.

Le présent règlement intérieur ne pourra être modifié que par voie d'avenant adopté selon la même procédure.

Le présent règlement intérieur, ainsi que les mises à jour qui lui seront apportées, prend effet à compter de la date de signature par le Directeur Général du CHR.

Article 113 – La mise à jour du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur fera l'objet de mises à jour en cas :

- De nouvelles dispositions légales ou réglementaires en modifiant au fond le contenu
- De modification intervenant dans l'organisation interne de l'établissement

Le présent règlement intérieur ne pourra être modifié que par voie d'avenant adopté selon la procédure identique à celle de son élaboration.

Article 114 – La mise à disposition du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est :

- Applicable à l'ensemble des personnels des différents sites du CHR ;
- Tenu à la disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance auprès du secrétariat de la Direction Générale et de la Direction des Affaires Générales Juridiques et de la Qualité ;
- Remis à tout nouvel arrivant ;
- Tenu à disposition des membres du personnel sur le site intranet du CHR.