REGLEMENT INTERIEUR

DU

CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES

Adopté par les instances de juin 2017

SOMMAIRE

Préambule 7

Liste des sigles utilisés 9

PARTIE I – DISPOSITIONS GENERALES 10

CHAPITRE 1 – IMPLANTATION ET MISSIONS DU CH4V 10

Article 1. Présentation 10
Article 2. Missions et obligations 10
Article 3. Missions et obligations au titre de l'établissement support du GHT 11

CHAPITRE 2 – INSTANCES 11

- *SECTION 1 – INSTANCES DECISIONNAIRES* 11

Article 4. Conseil de surveillance 11
Article 5. Directoire 13
Article 6. Directeur 14

- *SECTION 2 – INSTANCES CONSULTATIVES* 15

Article 7. Commission Médicale d'Etablissement (CME) 15
Article 8. Comité technique d'établissement (CTE) 17
Article 9. Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT) 18
Article 10. Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) 19
Article 11. Commissions Administratives Paritaires (CAP) 20
Article 12. Commission des Usagers (CDU) 21
Article 13. Autres commissions 23

CHAPITRE 3 – ORGANISATION INTERNE DES ACTIVITES 24

- *SECTION 1 – POLES D'ACTIVITE* 24

Article 14. Pôles d'activités 24
Article 15. Chefs de pôle 25
Article 16. Contrat et projet de pôle 25
Article 17. Directeur référent de pôle 26

- *SECTION 2 – ORGANISATION MEDICALE ET SOIGNANTE* 26

Article 18. Code de déontologie médicale 26
Article 19. Codage des actes médicaux 27
Article 20. Responsables des structures internes 27
Article 21. Permanence médicale des soins 27
Article 22. Temps de travail médical 28
Article 23. Code de déontologie des infirmiers 28
Article 24. Organisation des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 29

- *SECTION 3 – POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES* 29

Article 25. Acteurs du management de la qualité 29
Article 26. Veilles sanitaires 30
Article 27. Certification 31

CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE 31

Article 28. Nature et opposabilité des règles de sécurité 31

- *SECTION 1 – REGLES ET DISPOSITIFS DE SECURITE GENERALE* 32

Article 29. Accès à l'hôpital 32
Article 30. Calme et tranquillité au sein de l'hôpital 32
Article 31. Personnels de sécurité générale et de sécurité incendie 32
Article 32. Matériels de sécurité générale (vidéoprotection, contrôles d'accès) 33
Article 33. Règles de responsabilité 34
Article 34. Rapports avec l'autorité judiciaire 34
Article 35. Rapport avec les autorités de police 34
Article 36. Circonstances exceptionnelles 35
Article 37. Vigilance attentat 35

- *SECTION 2 – PREVENTION ET SECURITE INCENDIE* 35

Article 38. Registre de sécurité incendie 35
Article 39. Sécurité des biens et des personnes 36
Article 40. Interdiction de fumer 36
- *SECTION 3 – SECURITE ET PERMANENCE DE FONCTIONNEMENT 37*
Article 41. Recherche de la maîtrise des risques 37
Article 42. Garde technique 37
- *SECTION 4 – CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES VEHICULES 37*
Article 43. Règles de compétence 37
Article 44. Règles générales de stationnement 38
Article 45. Dispositions communes aux zones de stationnement réservées aux professionnels 38

PARTIE II - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL 39

CHAPITRE I – REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DU PATIENT 39
Article 46. Devoir d'information du public 39
Article 47. Secret professionnel 39
Article 48. Obligation de discrétion professionnelle 40
Article 49. Devoir général de réserve, respect de la liberté de conscience et d'opinion 40
Article 50. Respect du confort des patients 41
Article 51. Usage du téléphone portable 41
Article 52. Exigence d'une tenue correcte 41
Article 53. Identification vis-à-vis des interlocuteurs 41
Article 54. Accueil et respect du libre choix des familles 41

CHAPITRE 2 – AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL 42
Article 55. Obligation de désintéressement 42
Article 56. Interdiction d'exercer une activité privée lucrative 42
Article 57. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces 42
Article 58. Exécution des instructions reçues 43
Article 59. Assiduité et ponctualité 43
Article 60. Information du supérieur hiérarchique 43
Article 61. Utilisation des véhicules 44
Article 62. Obligation de signalement des incidents ou risques 44
Article 63. Témoignage en justice ou auprès de la police 44
Article 64. Bon usage des biens de l'hôpital 44
Article 65. Bonne utilisation du système d'information 45
Article 66. Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés dans l'hôpital 45
Article 67. Respect des règles d'hygiène et de sécurité 45
Article 68. Tenues de travail 45
Article 69. Restaurant du personnel 46
Article 70. Activités de vente de produits par les agents sur leur lieu de travail 46
Article 71. Horaires de travail 46

CHAPITRE 3 : DROITS DU PERSONNEL 46
Article 72. Liberté d'opinion 46
Article 73. Parité 47
Article 74. Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement sexuel 47
Article 75. Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement moral 47
Article 76. Droit syndical 47
Article 77. Droit de grève 48
Article 78. Droit à la protection dans l'exercice de ses fonctions 48

PARTIE III – DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT 49

CHAPITRE 1 – ACCUEIL, CONSULTATION ET ADMISSION 49
Article 79. Principe du libre choix du patient 49
- *SECTION 1 – ACCUEIL ET ADMISSION 49*
Article 80. Décision d'admission 49
Article 81. Livret d'accueil 49
Article 82. Formalités d'admission 50
Article 83. Secret de l'admission 50
Article 84. Personne de confiance 50
- *SECTION 2 – CONSULTATIONS EXTERNES 51*

Article 85. Consultations externes 51
Article 86. Tarifs des consultations externes 51
- *SECTION 3 – ACTIVITE LIBERALE* *52*
Article 87. Principes d'organisation de l'activité libérale 52
Article 88. Admission en secteur libéral 52
- *SECTION 4 – ACCUEIL ET ADMISSION EN URGENCE* *53*
Article 89. Plan d'accueil des patients et blessés en urgence dit « plan blanc » 53
Article 90. Interventions des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital 53
Article 91. Accueil et admission en urgence 54
Article 92. Information des familles des patients ou blessés hospitalisés en urgence 54
Article 93. Inventaire à l'admission 54

CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINS PATIENTS 55
- *SECTION 1 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX MINEURS* *55*
Article 94. Admission des patients mineurs 55
Article 95. Conditions d'hospitalisation des mineurs 56
Article 96. Autorisation de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation 56
Article 97. Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation ou suite à un passage aux urgences 57
- *SECTION 2 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX MAJEURS PROTEGES* *57*
Article 98. Admission des majeurs protégés 57
Article 99. Autorisation de soins des majeurs protégés 57
- *SECTION 3 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX FEMMES ENCEINTES* *58*
Article 100. Admission en maternité 58
Article 101. Secret de la grossesse ou de la naissance dit « admission sous X » 58
Article 102. Admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG) 58
- *SECTION 4 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX ETRANGERS* *59*
Article 103. Admission des patients étrangers 59
Article 104. Interprétariat 59
- *SECTION 5 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES* *59*
Article 105. Admission libre en soins psychiatriques 59
Article 106. Admission sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent 59
Article 107. Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat 60
- *SECTION 6 – AUTRES CAS PARTICULIERS D'ADMISSION* *61*
Article 108. Admission des patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance 61
Article 109. Admission des agents du CH4V 61

CHAPITRE 4 – SOINS, DROITS ET INFORMATION AUX PATIENTS 61
- *SECTION 1 – CONSENTEMENT AUX SOINS, REFUS DE SOINS* *61*
Article 110. Consentement aux soins 61
Article 111. Refus des soins 62
Article 112. Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs ou des majeurs protégés 62
- *SECTION 2 – INFORMATION MEDICALE* *63*
Article 113. Information du patient 63
Article 114. Dossier médical du patient 64
Article 115. Communication du dossier médical au patient 64
Article 116. Relations avec les familles 65
Article 117. Droit d'accès des ayants-droit aux informations concernant un patient décédé 65
Article 118. Communication d'informations médicales et continuité des soins 65
Article 119. Traitements informatiques 66
Article 120. Réclamations et voies de recours 66
Article 121. Médiateur médical et médiateur non médical 67
- *SECTION 3 – DONS DU SANG ET TRANSFUSIONS SANGUINES* *67*
Article 122. Transfusions sanguines 67
Article 123. Sécurité transfusionnelle 68
- *SECTION 4 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECHERCHES BIOMEDICALES, AUX DONS ET AUX PRELEVEMENTS D'ELEMENTS DU CORPS HUMAIN* *68*
Article 124. Dispositions spécifiques à la recherche biomédicale 68

Article 125. Modalités générales des prélèvements d'éléments du corps humain et de la collecte de ses produits 69
Article 126. Modalités générales des prélèvements à but scientifique et à but thérapeutique sur un patient décédé 69

CHAPITRE 5 – CONDITIONS DE SEJOUR DU PATIENT A L'HOPITAL 70

- *SECTION 1 – PRINCIPES REGISSANT LE SEJOUR 70*

Article 127. Règles générales 70
Article 128. Respect de la personne et de son intimité 70
Article 129. Exercice des cultes et respect de la laïcité 71
Article 130. Autorisations de sortie au cours de l'hospitalisation 71

- *SECTION 2 – SERVICE SOCIAL 72*

Article 131. Composition et missions du service social 72

- *SECTION 3 – ACCES DES PERSONNES EXTERIEURES A L'HOPITAL 72*

Article 132. Visites 72
Article 133. Stagiaires extérieurs 73
Article 134. Associations de bénévoles 73
Article 135. Accès des professionnels de la presse 73
Article 136. Gardes privées 74
Article 137. Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs 74
Article 138. Intervention d'un notaire 74

- *SECTION 4 – REGLES DIVERSES 74*

Article 139. Dépôt des objets de valeur 74
Article 140. Droits civiques 75
Article 141. Prestataires de services au sein de l'hôpital 75
Article 142. Effets personnels 75
Article 143. Courrier 76
Article 144. Cafétéria et point presse 76
Article 145. Téléphone, télévision, Internet 76

CHAPITRE 6 – SORTIE DES PATIENTS 76

Article 146. Compétence du directeur en matière de sortie 76
Article 147. Modalités de la sortie 77
Article 148. Sortie contre avis médical 77
Article 149. Sortie à l'insu du service 78
Article 150. Sortie des nouveau-nés 78
Article 151. Sortie disciplinaire 78

CHAPITRE 7 – FRAIS DE SEJOUR ET VENTE DE MEDICAMENTS 79

Article 152. Principe du paiement 79
Article 153. Tarifs des prestations 79
Article 154. Forfait journalier 79
Article 155. Régime particulier 79
Article 156. Paiement des frais de séjour et provisions 79
Article 157. Prestations fournies aux accompagnants 80
Article 158. Vente de médicaments de la réserve hospitalière et rétrocession 80

CHAPITRE 8 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES ET DECES 81

- *SECTION 1 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES 81*

Article 159. Déclaration de naissance 81
Article 160. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale 81
Article 161. Déclaration de décès d'enfant sans vie 81

- *SECTION 2 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES 82*

Article 162. Patient en fin de vie 82
Article 163. Directives anticipées 82
Article 164. Attitude à suivre à l'approche du décès 83
Article 165. Constat du décès 83
Article 166. Notification du décès 83
Article 167. Indices de mort violente ou suspecte 83
Article 168. Formalités entourant le décès 83
Article 169. Dépôt des corps à la chambre mortuaire 84
Article 170. Mesures de police sanitaire 84
Article 171. Transport de corps avant mise en bière 85

Article 172. Mise en bière et transport après mise en bière 85
Article 173. Opérations funéraires et libre choix des opérateurs funéraires 85
Article 174. Don du corps 86
Article 175. Objets abandonnés ou déposés par le défunt 86
Article 176. Liberté des funérailles, dispositions testamentaires 87

Annexe I : Liste des règlements intérieurs spécifiques 88

ANNEXE II : Règlement intérieur du conseil de surveillance 89

Annexe III : Règlement intérieur de la commission médicale d'établissement 90

Annexe IV : Règlement intérieur du comité technique d'établissement 97

Annexe V : Règlement intérieur de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 102

Annexe VI : Règlement intérieur du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail 105

Annexe VII : Règlement intérieur de la commission des usagers 110

Annexe VIII : Liste des administrateurs de garde 115

Annexe IX : Liste des techniciens de garde 116

Annexe X : Liste des chefs de pôle et directeurs référents de pôle 117

Préambule

Définition du règlement intérieur

Le règlement intérieur porte à la connaissance des employés et usagers du centre hospitalier des quatre villes les règles de fonctionnement courant, ainsi que les droits et obligations des patients, des visiteurs, et du personnel. .

Les spécificités d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes et de l'unité de soins de longue durée ont rendu nécessaire l'élaboration d'un règlement de fonctionnement propre à ces structures en vertu de l'article L311-7 du code de l'action sociale et des familles. Toute disposition non traitée par ce règlement de fonctionnement est réputée régie par le présent règlement intérieur ou, à défaut, par la réglementation en vigueur.

Par ailleurs, le centre hospitalier des quatre villes dispose de règlements intérieurs spécifiques à certaines commissions ou certains services listés à l'annexe I.

Mise à disposition du règlement intérieur

Conformément à l'article R1112-78 du code de la santé publique, le règlement intérieur est tenu à la disposition des patients, des familles, des personnels et de toute personne intéressée. Il est disponible sur le site internet www.ch4v.fr ainsi que l'intranet du centre hospitalier des quatre villes ; il peut également être consulté sur demande auprès du secrétariat de direction..

Mise à disposition des procédures visées dans le règlement intérieur

Les procédures visées dans le règlement intérieur sont disponibles sur l'outil de gestion documentaire du centre hospitalier des quatre villes, Kaliweb, accessible depuis l'intranet.

Opposabilité du règlement intérieur

Le règlement intérieur s'applique dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, qui prévalent dans tous les cas sur ses dispositions et les règles propres à l'établissement.

Les usagers, patient ou visiteur, et le personnel sont strictement tenus de respecter les dispositions du règlement intérieur.

Le règlement intérieur garantit à l'usager le respect de chacune de ses dispositions.

Le directeur du centre hospitalier des quatre villes veille à l'exécution du présent règlement. Il dispose du pouvoir de police administrative au sein de l'établissement et prend toutes les mesures disciplinaires appropriées aux circonstances et exposées dans le règlement. L'aide des forces de l'ordre peut également être demandée.

Approbation du règlement intérieur

Conformément aux articles L.6143-1, L6143-7, R6144-1 et R. 6146-10 du code de la santé publique, ainsi qu'à l'article L236-2 du code du travail, le directeur a compétence pour arrêter le règlement intérieur après concertation avec le directoire et après avoir recueilli les avis :

- du conseil de surveillance

- de la commission médicale d'établissement
- du comité technique d'établissement
- du comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail

Le règlement intérieur est également transmis pour information à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Mise à jour du règlement intérieur

Les modifications à apporter au règlement intérieur s'effectuent en fonction des évolutions législatives et réglementaires, et en tant que de besoin. Elles sont adoptées selon les mêmes modalités que la procédure d'approbation décrite ci-dessus.

Liste des sigles utilisés

AME : aide médicale d'Etat
AMP : assistance médicale à la procréation
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS : Agence régionale de santé
CAP : commissions administratives paritaires
CASF : code de l'action sociale et des familles
CCPPRB : comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale
CDU : commission des usagers
CH4V : centre hospitalier des quatre villes
CME : commission médicale d'établissement
CMUC : couverture médicale universelle complémentaire
CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CTE : comité technique d'établissement
EFS : établissement français du sang
EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG : événement indésirable grave
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
GHT : groupement hospitalier de territoire
HAS : Haute autorité de santé
IMG : interruption médicalisée de grossesse
IRM : imagerie par résonance magnétique
IVG : interruption volontaire de grossesse
MCO : médecine-chirurgie-obstétrique
PUI : pharmacie à usage intérieur
QGR: qualité et gestion des risques
SAMU : service d'aide médicale urgente
USLD : unités de soins de longue durée

PARTIE I – DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE 1 – IMPLANTATION ET MISSIONS DU CH4V

Article 1. Présentation

Le centre hospitalier des quatre villes (CH4V) est un établissement public de santé issu de la fusion au 1er janvier 2006 du centre hospitalier de Saint-Cloud et du centre hospitalier intercommunal Jean Rostand de Sèvres (décision n°05-28 du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de l'Ile-de-France du 19 octobre 2005). Son activité se répartit sur quatre sites :

- le site du 3 place de Silly à Saint-Cloud, siège social, qui concentre la plupart des activités de court séjour médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et le plateau technique, dont les 16 postes de dialyse
- le site du 141, grande rue à Sèvres, qui accueille la majorité des activités de médecine, ainsi que les soins de suite et de réadaptation et un établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) assorti d'un accueil de jour
- le site du 19 rue Laval/1 rue Lelégard à Saint-Cloud, qui héberge les résidences Lelégard comportant un EHPAD et une unité de soins de longue durée (USLD) ainsi qu'un accueil de jour et que la crèche du Carroussel
- le site du 13 bis rue Rieux à Boulogne-Billancourt, antenne du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Le CH4V est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) des Hauts-de-Seine, constitué par arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France en date du 1er juillet 2016.

Article 2. Missions et obligations

Articles L.6111-1 et suivants du CSP ; Articles L.6112-1 et suivants du CSP

Le CH4V est au service de la population à laquelle il assure l'aide médicale d'urgence, conjointement avec les praticiens et autres professionnels de santé, personnes et services concernés, la permanence des soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic que requiert son état.

Il est régi par les principes fondamentaux suivants :
- égal accès de tous aux soins
- permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou de l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution
- prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au code de la sécurité sociale

Il accueille et admet en son sein toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite. Aucune discrimination ne peut être établie entre les patients en ce qui concerne l'admission et les soins. De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, il doit être en mesure d'accueillir les

personnes dont l'état requiert ses services ; il assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins.

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

Le respect de la dignité et de la personnalité du patient, la prise en compte de sa douleur physique et psychologique, et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du CH4V.

Article 3. Missions et obligations au titre de l'établissement support du GHT

Le CH4V est partie à une convention de GHT dont l'objet est de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Désigné établissement support par la convention constitutive datée du 28 juin 2016, le CH4V est chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Il s'agit de :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent
- La gestion d'un département de l'information médicale de territoire
- La fonction achats
- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement

Le CH4V peut aussi gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter-établissements ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Le GHT dispose de son propre règlement intérieur, adopté par le comité stratégique en sa séance du 30 juin 2017.

CHAPITRE 2 – INSTANCES

SECTION 1 – INSTANCES DECISIONNAIRES

Article 4. Conseil de surveillance

Articles L.6143-1 à L.6143-6 du CSP (pour certains modifiés par la loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 relative à l'élection des conseillers départementaux, des conseillers municipaux et des conseillers communautaires, et modifiant le calendrier électoral, la loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles et la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) ; Articles R.6143-1 à R.6143-16 du CSP ; Règlement intérieur du conseil de surveillance de l'établissement

Composition

Le conseil de surveillance du CH4V comprend 15 membres répartis comme suit :

Membres avec voix délibérative

Collège des élus, 5 membres :

- 1 représentant de la commune-siège du CH4V, soit Saint-Cloud
- 1 représentant de la deuxième commune sur laquelle est implanté le CH4V, soit Sèvres
- 1 représentant de la commune principale pourvoyeuse de patient, soit Boulogne-Billancourt
- 1 représentant de la métropole du Grand Paris
- 1 représentant du conseil départemental des Hauts-de-Seine

Collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux, 5 membres :

- 2 représentants de la commission médicale d'établissement (CME)
- 2 représentants désignés par les organisations syndicales les plus représentatives
- 1 représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

Collège des personnalités qualifiées, 5 membres :

- 2 personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS)
- 3 personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département, dont 2 représentants des usagers

Membres avec voix consultative

- le directeur général de l'ARS ou son représentant
- le directeur du CH4V
- le président de la CME, vice-président du directoire
- le directeur de la caisse d'assurance maladie des Hauts-de-Seine
- le représentant des familles des personnes accueillies dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un EHPAD

Le directeur, président du directoire, participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations. Il peut se faire assister des personnes de son choix.

Le mandat des membres est de cinq ans. Il prend fin en même temps que le mandat ou la fonction au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres du collège des élus ou du collège des personnalités qualifiées. Le président désigne, parmi ces représentants, un vice-président qui préside en son absence.

Il existe une incompatibilité entre membre du conseil de surveillance et membre du directoire.

Compétences

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

- Le projet d'établissement
- Le compte financier et l'affectation des résultats
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement
- Les prises de participation et les créations de filiales

Il donne son avis sur :

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

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

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

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

Fonctionnement

Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an.

Ses règles de fonctionnement sont décrites dans le règlement intérieur du conseil de surveillance annexé au présent règlement intérieur (cf Annexe II).

Article 5. Directoire

Articles L. 6143-7 du CSP, L. 6143-7-4, L. 6143-7-5 et L. 6146-1 du CSP ; Articles D. 6143-35-1 à D 6143-35-5 du CSP

Composition

Le directoire se compose de 7 membres appartenant au personnel de l'établissement.

3 membres de droit
- le directeur, président du directoire
- le président de la CME, vice-président
- le président de la commission des soins, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

4 membres nommés par le directeur
Après information du conseil de surveillance, le président nomme les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME.

Le mandat des membres est de quatre ans. Le président peut mettre fin aux fonctions des membres nommés après information du conseil de surveillance. Le mandat des membres prend fin dans deux hypothèses :
- lors de la nomination d'un nouveau président du directoire
- quand le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les missions au titre desquelles il était membre du directoire

Compétences

Le directoire, instance de concertation et de préparation collégiale des décisions qui relèvent du directeur :
- appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement
- est obligatoirement concerté sur l'ensemble des compétences octroyées au directeur à l'article L 6143-7 du CSP
- approuve le projet médical qui définit la stratégie médicale du CH4V

Fonctionnement

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

Le directeur organise la concertation selon des modalités qu'il définit. Il peut, en accord avec le vice-président et suivant l'ordre du jour, inviter des personnes ne faisant pas partie du directoire à prendre part à tout ou partie des débats.

Les réunions donnent lieu à un relevé de décisions, mais les débats sont confidentiels.

Article 6. Directeur

Articles L. 6143-7, L. 6143-7-2, L. 6143-7-4, L. 6143-7-5 et L. 6146-1 du CSP ; Articles R6146-2 et R6146-3 du CSP ; Articles R6146-4 et R6146-5 du CSP modifiés par le décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé

Le CH4V est dirigé par un directeur nommé par arrêté du directeur du centre national de gestion.

Il assure la conduite générale de l'établissement. Il règle les affaires de l'établissement autre que celles des compétences du conseil de surveillance et autres que celles qui impliquent une concertation avec le directoire.

Il assure l'ordonnancement des dépenses et l'émission des titres de recette.

Il est le représentant légal de l'établissement.

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

Il peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par voie règlementaire.

Il participe au conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

Il décide dans le domaine de la stratégie d'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination en ce qui concerne
- les membres du directoire, à l'exception des membres de droit, après information du conseil de surveillance
- les chefs de pôles sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME et leurs collaborateurs sur la proposition du chef de pôle
- les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles sur proposition du président de la CME après avis du chef de pôle

Le directeur propose au directeur général du centre national de gestion,
- la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, sur proposition du chef de pôle, ou à défaut du responsable de la structure interne, après avis du président de la CME
- la nomination et la mise en recherche d'affectation des directeurs-adjoints et des directeurs de soins. La commission administrative paritaire émet un avis.

Le directeur peut, sur proposition des chefs de pôles, après avis du président de la CME, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral autres que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées au CH4V ainsi qu'aux activités de soins.

Garde de direction
Articles L 6143-7, R 6143-38 et D 6143-33 à D 6143-35 du CSP ; décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Pour veiller à la bonne marche du service public hospitalier et parer à tout événement qui pourrait en entraver le fonctionnement normal, le directeur prévoit une délégation de signature pour assurer une garde de direction avec les directeurs adjoints et, le cas échéant, d'autres cadres de direction et collaborateurs.

La liste des administrateurs de garde figure en annexe au présent règlement intérieur (cf Annexe VIII).

Délégation de signature
Articles L 6143-7, R 6143-38 et D 6143-33 à D 6143-35 du CSP

Dans le cadre de sa mission de conduite générale de l'établissement, le directeur délègue sa signature à ses adjoints. Est ainsi actée l'autorisation de signer certaines décisions, à sa place, bien que sous son contrôle et sa responsabilité, en matière de ressources humaines, économique et financière, de gestion administrative des patients, d'investissement, de travaux-maintenance, de sécurité et de patrimoine, informatique, juridique et de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

SECTION 2 – INSTANCES CONSULTATIVES

Article 7. Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Articles R. 6144-1 à R. 6144-6 du CSP dont certains sont modifiés par le décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé et le décret n° 2016-1335 du 7 octobre 2016 relatif aux fonctions en milieux hospitalier et extrahospitalier des étudiants en maïeutique; Règlement intérieur de la commission médicale de l'établissement

Composition

Le directoire définit la répartition des différentes disciplines représentatives à la CME, après avis de son président.

Membres de droit
- les chefs de pôles d'activités cliniques et médico-techniques
- les chefs de service

Membres élus
- 14 représentants élus parmi :
  - des praticiens hospitaliers titulaires,
  - des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral, à la condition d'exercer au moins 6 demi-journées hebdomadaires

- 2 représentants élus des sages-femmes
- 1représentant des internes pour les internes de médecine générale et de médecine des autres spécialités

Les pharmaciens hospitaliers sont représentés à la CME par le pharmacien responsable de la pharmacie à usage intérieur (PUI).

Membres avec voix consultative
- Le président du directoire, assisté de toute personne de leur choix
- Le président de la CSIRMT

- Le praticien responsable de l'information médicale
- Un représentant du comité technique d'établissement (CTE), élu en son sein
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

Le représentant des internes est désigné tous les six mois à chaque début de stage. Il est nommé par le président du directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.

Le président et le vice-président sont élus parmi les praticiens titulaires de l'établissement. Les fonctions de président sont de quatre ans, une fois renouvelable. Par dérogation et compte tenu de la taille de l'établissement, ces fonctions sont compatibles avec la fonction de chef de pôle.

Le mandat des membres est de quatre ans, renouvelable.

Compétences

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers en ce qui concerne, notamment :

- la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et à 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
- 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, notamment pour ce qui concerne les urgences et les admissions non programmées
- l'évaluation de la politique de soins palliatifs
- le fonctionnement de la permanence des soins
- l'organisation des parcours de soins

La CME propose, au directeur, un programme d'actions en matière de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ce programme, assorti d'indicateurs de suivi, est élaboré en articulation avec la CDU et la CSIRMT et fait l'objet d'un rapport annuel présentant, notamment, l'évolution desdits indicateurs.

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

La CME est consultée sur :

- le projet médical de l'établissement
- le projet d'établissement
- les modifications de missions de service public attribuées à l'établissement
- le règlement intérieur de l'établissement
- les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux
- les statuts des fondations hospitalières
- le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique
- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social

La CME est informée sur :

- l'EPRD initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats
- le CPOM
- le rapport annuel d'activité de l'établissement
- les contrats de pôle
- le bilan annuel des tableaux de service
- la politique de recrutement des emplois médicaux

- l'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
- l'organisation interne de l'établissement, la programmation de travaux et les aménagements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins

Fonctionnement

La CME se réunit au moins quatre fois par an.

Ses règles de fonctionnement sont décrites dans le règlement intérieur de la commission médicale d'établissement annexé au présent règlement intérieur (cf Annexe III).

Article 8. Comité technique d'établissement (CTE)

Articles L. 6143-1 et R. 6144-40 du CSP

Composition

Le nombre des membres du CTE est fixé en fonction de l'effectif en personnels non médicaux de l'établissement. Au CH4V, il comprend, outre le directeur ou son représentant, qui le préside, 12 membres titulaires représentant le personnel non médical et, en nombre égal, des membres suppléants.

Ces membres sont élus au sein d'un collège unique. La date des élections pour le renouvellement général des CTE des établissements publics de santé est fixée par arrêté du Premier ministre, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé de la santé. Cette date est rendue publique au moins six mois à l'avance par affichage dans les établissements concernés. La dernière élection date du 4 décembre 2014.

Le CTE élit un secrétaire parmi les membres titulaires.

Un représentant de la CME désigné en son sein participe aux réunions du CTE, avec voix consultative.

Compétence

Le CTE est obligatoirement consulté sur :
- les questions sur lesquelles le conseil de surveillance délibère
- le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'ARS
- la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- le règlement intérieur de l'établissement
- le plan de formation

Le CTE est tenu régulièrement informé sur :

- le CPOM
- l'EPRD
- les actions de coopérations proposées par le président du directoire au directeur général de l'ARS
- la situation budgétaire de l'établissement
- les effectifs prévisionnels et réels de l'établissement

Fonctionnement

Ses règles de fonctionnement sont décrites dans le règlement intérieur du comité technique d'établissement annexé au présent règlement intérieur (cf Annexe IV).

Article 9. Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT)

Articles R. 6146-10 à R. 6146-16 du CSP ; Règlement intérieur de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

Composition

La CSIRMT se compose du coordonnateur général des soins, membre de droit et président de la CSIRMT, ainsi que de 8 membres titulaires et autant de suppléants élus répartis en trois collèges.

Le mandat des membres est de quatre ans, renouvelable.

Membres élus :
- 3 au sein du collège des cadres de santé
- 4 au sein du collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- 1 au sein du collège des aides-soignants

Membre associé avec voix consultative
- 1 représentant de la CME

Compétences

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

Elle est informée sur
- le règlement intérieur de l'établissement
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L 6146-2 : participation à l'exercice des missions de service public de professionnels de santé exerçant à titre libéral
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement

Le président rend compte, chaque année, de l'activité de la CSIRMT dans un rapport adressé au directoire.

Fonctionnement

Ses règles de fonctionnement sont décrites dans le règlement intérieur de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques annexé au présent règlement intérieur (Annexe V).

Article 10. Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Articles R.236-23 à R.236.39 du code du travail ; Règlement intérieur du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Composition

Membres délibérants

- le directeur ou son représentant, président
- des représentants du personnel non médical comprenant :
  - 6 titulaires
  - 6 suppléants
- 1représentant du personnel médical ou son suppléant, désigné au sein de la CME

Membres de droit participant à titre consultatif

- le médecin du travail
- le directeur des achats, de la logistique et du patrimoine ou son représentant
- le directeur des soins ou son représentant
- le directeur des ressources humaines ou son représentant
- l'inspecteur du travail et les agents des services de prévention de la caisse régionale d'assurance-maladie d'Ile-de-France.

Invités permanents :

- La responsable du service qualité
- Un représentant de l'équipe opérationnelle d'hygiène

Compétences

Le CHSCT dispose d'une compétence générale en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

Il analyse les risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents de l'établissement et propose des initiatives et des actions pour les prévenir.

Il s'assure du respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des consignes de sécurité et d'hygiène. Il est informé de toutes les actions ayant trait à la sécurité dans l'établissement.

Il formule des propositions et des conseils auprès de la direction.

Il procède aux inspections et enquêtes nécessaires à l'exercice de ses missions et effectue des enquêtes en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Il peut exercer son droit d'alerte. Si un membre du CHSCT constate ou est informé par un salarié d'un danger grave et imminent, il en avise immédiatement l'employeur, ou un représentant bénéficiant d'une délégation de pouvoir, qui seul peut faire interrompre le travail. Cet avis de danger grave et imminent doit être consigné sur un registre spécial, daté, signé et comporter l'indication du ou des postes concernés, avec le nom du ou des salariés exposés, ainsi que la nature du danger et sa cause. Une enquête obligatoire et immédiate est menée conjointement par l'employeur, ou son représentant, et le membre du CHSCT ayant donné l'alerte afin de déterminer les mesures préventives à mettre en place. En cas de désaccord, une réunion du CHSCT est organisée dans un délai n'excédant pas 24 heures dont l'inspecteur du travail et l'agent de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sont informés. En cas de désaccord persistant, l'employeur doit saisir sans délai l'inspecteur du travail qui prend la main.

Fonctionnement

Le CHSCT se réunit au moins quatre fois par an.

Ses règles de fonctionnement sont décrites dans le règlement intérieur du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail annexé au présent règlement intérieur (Annexe VI).

Article 11. Commissions Administratives Paritaires (CAP)

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

Composition

Les CAP sont compétentes à l'égard des fonctionnaires de l'établissement.

Les corps des fonctionnaires des catégories A, B et C relèvent de 10 commissions administratives paritaires distinctes :

- 4 commissions pour les corps de catégorie A (commissions n°1, 2, 3 et 10)
- 3 commissions pour les corps de catégorie B (commissions n°4, 5 et 6)
- 3 commissions pour les corps de catégorie C (commissions n°7, 8 et 9)

- Corps de catégorie A :
  - CAP n°1 : personnels d'encadrement technique
  - CAP n°2 : personnels d'encadrement des services de soins, médico-techniques, et des services sociaux, et des infirmières de catégorie A
  - CAP n°3 : personnels d'encadrement administratif
  - CAP n°10 : personnels sages-femmes
- Corps de catégorie B :
  - CAP n°4 : personnels d'encadrement technique
  - CAP n°5 : personnels des services de soins, médicaux techniques, et des services sociaux
  - CAP n°6 : personnels d'encadrement administratif et assistants médicaux administratifs
- Corps de catégorie C :
  - CAP n°7 : personnels techniques
  - CAP n°8 : personnels des services de soins
  - CAP n°9 : personnels administratifs

Les CAP locales comprennent :

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

Au regard des effectifs du CH4V, les CAP n°1 et 3 n'ont pu être constituées en local. Le personnel concerné relève donc des CAP départementales. S'agissant des autres commissions, la répartition des membres est la suivante :

- CAP n°2 : 2 titulaires, 2 suppléants
- CAP n°4 : 2 titulaires, 2 suppléants
- CAP n°5 : 2 titulaires, 2 suppléants
- CAP n°6 : 2 titulaires, 2 suppléants
- CAP n°7 : 2 titulaires, 2 suppléants
- CAP n°8 : 3 titulaires, 3 suppléants
- CAP n°9 : 2 titulaires, 2 suppléants
- CAP n°10 : 2 titulaires, 2 suppléants

Le mandat des membres est de quatre ans, renouvelable.

Les CAP locales se réunissent sur convocation de leur président :
- soit à son initiative
- soit à la demande du directeur de l'établissement
- soit à la demande écrite du tiers de leurs membres titulaires
- soit à la demande écrite du tiers du Conseil de surveillance

Compétences

Les CAP locales sont compétentes sur toute question individuelle concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation du fonctionnaire ainsi que la discipline. Un membre de la CAP locale ne peut se prononcer sur le cas d'un autre agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur son propre cas.

Fonctionnement

Les CAP locales se réunissent au moins deux fois par an.

La présidence est assurée par le président du conseil de surveillance ou son représentant.

Le secrétariat est assuré par la DRH et par le secrétaire adjoint, un représentant du personnel désigné par la CAP locale en son sein lors de chaque séance.

Les séances des CAP locales ne sont pas publiques.

Les documents sont envoyés aux représentants titulaires et suppléants deux semaines avant la séance.

Le quorum correspond aux trois quarts des membres ayant voix délibérative.

Les CAP locales émettent leur avis à la majorité des suffrages exprimés, sauf lorsqu'elles siègent en matière disciplinaire. Dans ce dernier cas, leur avis est requis à la majorité des membres présents.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée ou, à la demande d'au moins un tiers des membres présents, à bulletin secret. En cas de partage des voix, l'avis est réputé avoir été donné.

Les membres suppléants peuvent assister aux séances, sans pouvoir prendre part aux débats. Ils siègent avec voix délibérative quand ils remplacent un membre titulaire.

Les procès-verbaux sont signés par le secrétaire, le président et le secrétaire adjoint.

Lorsque l'autorité investie du pouvoir de nomination prend une décision différente de l'avis ou de la proposition émise par la commission, elle informe dans le délai d'un mois la commission des motifs qui l'ont conduite à ne pas suivre l'avis.

Les tableaux d'avancement sont affichés.

Article 12. Commission des Usagers (CDU)

Article L1112-3 du CSP ; Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé ; Règlement intérieur de la commission des usagers de l'établissement

En vertu de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, une commission des usagers (CDU) est installée dans chaque établissement de santé public et privé pour représenter les patients et leur famille. Elle remplace la commission des relations

avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) et renforce la place des usagers dans le secteur sanitaire.

Composition

La CDU est composée :

- du directeur, représentant légal de l'établissement, ou la personne qu'il désigne à cet effet
- d'un médiateur médecin et son suppléant
- d'un médiateur non médecin et son suppléant
- de deux représentants des usagers et leurs suppléants

Le responsable de la politique qualité participe aux réunions de la CDU à titre consultatif.

La présidence ou la vice-présidence de la commission peut être assurée par un représentant des usagers.

D'autres membres siègent au sein de la commission, conformément au choix fait par l'établissement :

- un représentant du président de CME
- Le directeur des soins
- un représentant de la CSIRMT
- un représentant des familles des patients de l'unité de soins de longue durée

Compétences

La CDU veille au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients. Cette commission facilite leurs démarches et veille à ce qu'ils puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

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

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

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

Le conseil de surveillance délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la CDU. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé, qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents.

Fonctionnement

Ses règles de fonctionnement sont décrites dans le règlement intérieur de la commission des usagers de l'établissement annexé au présent règlement intérieur (cf Annexe VII).

Article 13. Autres commissions

- **Commission de l'activité libérale**

Cette commission, qui doit obligatoirement être réunie, veille au respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent l'activité libérale des praticiens du CH4V. Son fonctionnement et sa composition sont décrits aux articles R 6154-11et suivants du CSP.

- **Commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS)**

Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Egalement obligatoire, cette commission prépare avec le directeur l'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique, après consultation des chefs de service et de département ou des responsables de structure. La COPS exerce également les missions de la CME prévues au 2° de l'article R.6144-2-1 du code de la santé, s'agissant de l'évaluation de la prise en charge des patients aux urgences et des admissions non programmées.

- **Commission du dossier patient**

Elle participe à l'harmonisation et à l'amélioration de la composition des dossiers regroupant les informations des patients traités dans une perspective de prise en charge globale et continue.

- **Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)**

Elle participe à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les affections iatrogènes.

- **Equipe de lutte contre les infections liées aux soins (ELIAS)**

Elle est en charge de la lutte contre les infections nosocomiales et du bon usage des antibiotiques.

- **Commission médicale des anti-infectieux (COMAI)**

Elle coordonne les actions en matière de bon usage des anti-infectieux dans l'établissement, en relation avec la COMEDIMS et l'ELIAS.

- **Comité de lutte contre la douleur (CLUD)**

Il a un rôle d'accompagnement dans la prise en charge de la douleur.

- **Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH)**

Il contribue à l 'amélioration de la sécurité des patients transfusés.

- **Comité de vigilance et des risques sanitaires (COVIRIS)**

Il regroupe les correspondants de pharmacovigilance, de matériovigilance, d'hémovigilance, de biovigilance, de réactovigilance et a pour mission la coordination des vigilances et la conception du programme de gestion des risques de l'établissement.

- **Comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN)**

Il a pour mission de contrôler et développer la qualité de la prestation alimentation et nutrition de l'établissement.

- **Commission d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et développement professionnel continu médical (DPC)**

Emanation de la CME dont elle constitue une sous-commission, elle définit et coordonne la stratégie d'évaluation des pratiques professionnelles et le plan de développement professionnel médical continu.

- **Commission de formation**

Elle définit les orientations de formation du personnel non médical (attribution des budgets, acceptation des formations, suivi des promotions professionnelles).

- **Conseil de la vie sociale**

Il donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement des EHPAD, USLD et accueil de jour. Sa composition, son objet et son fonctionnement sont décrits aux articles D311-4 et suivants du CASF.

- **Comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques (COPIL QGR)**

Il conduit le pilotage de la démarche de qualité et gestion des risques et maintient une dynamique d'amélioration continue à l'échelle de l'établissement.

- **Commission de surveillance de distribution des gaz à usage médical**

Elle veille à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse dans le domaine des gaz médicaux pour réduire les événements jugés évitables chez les patients."

- **Comité d'éthique**

La mise en place est encore en cours au sein d'un groupe de travail.

CHAPITRE 3 – ORGANISATION INTERNE DES ACTIVITES

SECTION 1 – POLES D'ACTIVITE

Article 14. Pôles d'activités

Article L.6146-1 du CSP

Organisation

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME. Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes et unités fonctionnelles médicales. Il arrête cette organisation interne après concertation avec le directoire.

La structure en pôles d'activités du CH4V est la suivante au 31 janvier 2017 :

- **Bloc – anesthésie – chirurgie**
  - Anesthésie
  - Bloc
  - Chirurgies
  - Hôpital de jour
- **Femme – enfant – assistance médicale à la procréation (AMP)**
  - AMP
  - Chirurgie gynécologique
  - Gynéco-obstétrique
  - Néonatalogie
- **Médecine –urgences – addictologie**
  - Addictologie
  - Médecine à Saint-Cloud
  - Médecine polyvalente à Sèvres
  - Urgences
  - Consultations
- **Médico-technique**
  - Dialyse
  - Laboratoire

  - Pharmacie
  - Equipe d'hygiène - ELIAS
- **Personnes âgées**
  - Accueil de jour
  - EHPAD Jean Rostand
  - EHPAD Lelégard
  - Médecine gériatrique aiguë
  - SSR
  - USLD Lelégard

Article 15. Chefs de pôle

Articles L6146-1, R 6146-2, R 6146-3, R 6146-6 et D6146-1du CSP

Missions et fonction des chefs de pôle

Le chef de pôle met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs assignés au pôle.

Il organise avec les équipes médicales et soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a une autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité. Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services, unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

Il intervient dans la gestion des personnels médicaux en ce qui concerne la nomination et l'admission de médecins et sages-femmes libéraux.

Il a pour mission d'organiser une concertation interne au sein du pôle, et associe pour cela toutes les catégories de personnel.

Nomination des chefs de pôle

Chaque pôle clinique et médico-technique est placé sous la responsabilité d'un chef de pôle nommé par le directeur sur présentation d'une liste d'au moins trois noms par le président de la CME, dans un délai de 30 jours à compter de la demande. En cas d'absence de proposition, le directeur nomme la personne qu'il choisit. En cas de désaccord sur les noms portés sur la liste ou si cette liste est incomplète, le directeur peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, le directeur nomme les chefs de pôle de son choix.

La durée du mandat des chefs de pôles est fixée à 4 ans, renouvelable. La procédure de renouvellement est identique à celle de nomination.

La fin du mandat de chef de pôle intervient à l'issue de la période de quatre années susmentionnées. Il peut être mis fin à la fonction du chef de pôle, dans l'intérêt du service, par décision du directeur après avis du président de la CME pour les chefs de pôles d'activité clinique ou médico-technique.

Article 16. Contrat et projet de pôle

Articles R 6146-8 à R 6146-9-1 du CSP

Contrat de pôle

Après concertation avec le directoire, le directeur peut signer avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, et les

moyens qui sont assignés au pôle après avis du président de la CME qui vérifie la cohérence du contrat avec le projet médical.

Conclu pour quatre ans, le contrat défini les objectifs et fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation des objectifs.

Le contrat précise les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Projet de pôle

Le projet de pôle est élaboré par le chef de pôle de manière participative avec l'encadrement médical et non médical des structures internes et unités fonctionnelles médicales. Il définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, et, le cas échéant, aux unités fonctionnelles médicales, et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.
Il est cohérent avec le projet de soins et de prise en charge des patients, le projet médical et le projet d'établissement.

Article 17. Directeur référent de pôle

Désigné par le directeur, le directeur référent de pôle le représente dans le pôle. Il assure une mission d'appui auprès du chef du pôle en matière de stratégie et gestion de projet ainsi que d'accompagnement et d'expertise.

La liste des directeurs référents figure en annexe au présent règlement intérieur (cf Annexe X).

SECTION 2 – ORGANISATION MEDICALE ET SOIGNANTE

Article 18. Code de déontologie médicale

Article L. 4122-1 du CSP ; Articles R 4127-1 à -112 du CSP

Les dispositions du code de déontologie s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'Ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin.

L'ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions, les infractions à ces dispositions relevant de la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

Ainsi le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Le praticien doit également écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation ou les sentiments qu'ils lui inspirent.

Le praticien est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance, dans les conditions fixées par la loi.

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

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

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

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

Les dossiers médicaux sont conservés sous la responsabilité du médecin qui les a établis. La communication du dossier médical au patient peut être obtenue à la demande et avec l'accord formel de la personne concernée.

Article 19. Codage des actes médicaux

Article L6113-7 du CSP

Les praticiens ont l'obligation de coder leurs actes médicaux afin d'assurer la transmission au médecin responsable de l'information médicale des données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation. Cette transmission s'effectue dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement par l'autorité de tutelle.

Article 20. Responsables des structures internes

Articles R 6146-4 et R 6146-5 du CSP modifiés par le décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé

Les structures internes au CH4V sont les services et les unités fonctionnelles.

Les responsables de structures internes sont nommés par le directeur sur proposition du président de CME après avis du chef de pôle.

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

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

Les responsables de structures internes assurent comme les responsables de pôle, la mise en œuvre des missions assignées à la structure interne dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

Article 21. Permanence médicale des soins

Article R 6152-504 du CSP

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical (praticiens hospitaliers, assistants, praticiens attachés et contractuels) de l'hôpital,

dans toutes les disciplines, ainsi que les personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques, assurent :

- les services quotidiens du lundi au samedi matin inclus (examens et soins des patients hospitalisés, services de soins et consultations des patients externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et produits de soins)
- la participation au service des samedis après-midi, dimanches et jours fériés, au service des gardes de nuit. Le service de garde médicale a pour objet d'assurer, pendant chaque nuit et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des patients hospitalisés ou, le cas échéant, admis en urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes. Le directeur établit les tableaux mensuels nominatifs de participation au service de garde.
- les remplacements imposés par les congés.

Ils sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service, conformément au « plan blanc » de l'établissement.

Article 22. Temps de travail médical

Guide du temps de travail médical du CH4V adopté à la COPS du 27 mars 2017 et à la CME du 21 juin 2017

Les principes communs et règles de gestion du temps de travail médical sont définis dans le guide du temps de travail médical.

Article 23. Code de déontologie des infirmiers

Articles L 4312-1 et R4312-1 à R4312-92 du CSP ; Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers

Il est institué un ordre national des infirmiers groupant obligatoirement tous les infirmiers habilités à exercer leur profession en France, à l'exception de ceux régis par le statut général des militaires.

L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins.

L'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches. Le respect dû à la personne continue de s'imposer après la mort.

L'infirmier respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession.

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier, dans les conditions établies par la loi.

L'infirmier ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

L'infirmier en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance, ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires.

L'infirmier apporte son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. L'infirmier auquel une autorité qualifiée fait

appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, répond à cet appel et apporte son concours.

L'infirmier s'abstient, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci. En particulier, dans toute communication publique, il fait preuve de prudence dans ses propos et ne mentionne son appartenance à la profession qu'avec circonspection.

Article 24. Organisation des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Article L6146-9 du CSP

La coordination des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée au directeur des soins nommé par le directeur.

Dans chaque structure interne, un cadre de santé assure la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins ou des examens et/ou des explorations.

L'ensemble des cadres sont réunis au sein du comité des cadres, instance d'information et d'échanges avec la direction.

SECTION 3 – POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Article 6111-2 du CSP

Article 25. Acteurs du management de la qualité

Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé ; Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé ; Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

Après concertation avec le directoire, le directeur décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, de la gestion des risques visant à prévenir et à traiter les évènements indésirables liés à leurs activités ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers et propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. La CDU et la CSIRMT contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

La coordination de la démarche et sa gestion opérationnelle sur l'ensemble du CH4V est assurée par le service « qualité et gestion des risques » (QGR) rattaché directement au directeur.

Le pilotage de la démarche est assuré de manière transversale par un comité de pilotage QGR, constitué du service QGR, du directeur, du président de CME ou son représentant, des représentants des directions fonctionnelles, des représentants des usagers et des référents médicaux et paramédicaux des différentes activités de l'établissement.

La cellule QGR assure un suivi opérationnel de la politique de QGR et met en œuvre la démarche de certification.

La démarche de GQR s'appuie également sur les présidents des instances et commissions du CH4V, le médecin coordonnateur des risques associés aux soins et le responsable du management de la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Article 26. Veilles sanitaires

Articles L.5121-20 13e et 14e, R5121-150 à 200 du CSP pour la pharmavigilance ;
Article L.1221-13 du CSP, R.1221-16 à R 1221-42 pour l'hémovigilance ;
Articles L. 5212-1 et 2, R 5212-1à -35 pour la matériovigilance ;
Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001, circulaire n° 2001-645 du 29 décembre 2000, circulaire n° 2001/383 du 30 juillet 2001, décret n° 2017-129 du 3 février 2017 pour l'infectiovigilance ;
Articles L.5222-1 à 4 du CSP pour la réactovigilance ;
Articles L.1211-7 et L 1263-4, R.1211-29 à 47 du CSP pour la biovigilance ;
Article L1333-1 et s. du CSP, Article L4451-1 et s. du Code du travail pour la radioprotection ;
Article L.1418-1 du CSP pour l'AMP vigilance ;
Instruction DGOS/MSIOS n° 2013-281 du 7 juin 2013 pour l'identitovigilance

La **pharmacovigilance** a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments lorsqu'ils sont consommés largement dans le cadre de leur commercialisation, que ce risque soit avéré ou potentiel. Elle peut également concerner certains médicaments dérivés du sang et autres médicaments d'origine humaine.

L'**hémovigilance** consiste dans l'ensemble des procédures de surveillance organisées depuis la collecte du sang et de ses composants jusqu'au suivi des receveurs, en vue de recueillir et d'évaluer les informations sur les effets inattendus ou indésirables résultant de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins labiles et d'en prévenir l'apparition.

La **biovigilance** a pour objet la surveillance des incidents et des risques d'incidents relatifs aux éléments et produits humains utilisés à des fins thérapeutiques (organes, tissus), aux cellules souches hématopoïétiques, aux dispositifs médicaux les incorporant, aux produits thérapeutiques annexes ainsi que des effets indésirables résultant de leur utilisation.

La **matériovigilance** est le dispositif de surveillance mis en place pour gérer le risque lié à l'utilisation de dispositifs médicaux non stériles et stériles lors de l'activité de soins. Son application est très vaste et va de la compresse stérile à l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Un des objectifs est par exemple, la possibilité de retirer en cas d'urgence des dispositifs médicaux défaillants.

L'**infectiovigilance** permet d'organiser et de coordonner la surveillance de façon continue des infections dans l'établissement, de promouvoir les actions de formation des personnels de l'établissement dans la surveillance et la lutte contre les infections nosocomiales.

La **réactovigilance** est le dispositif de surveillance des défaillances et altérations d'un dispositif médical de diagnostic (DMDIV). Le fabricant, l'importateur, le distributeur et les professionnels de santé sont tenus de déclarer sans délai ce type d'incident à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

La **radioprotection** concerne les incidents et les risques d'incidents résultants de l'utilisation de rayonnements ionisants. Elle vise à assurer la protection du personnel et de l'environnement dans lequel il évolue.

L'**AMP vigilance** concerne l'obligation de déclarer tout événement indésirable survenant au cours d'une procédure d'AMP. Ce dispositif est articulé avec les autres systèmes de vigilance sanitaire réglementés (pharmacovigilance, biovigilance, matériovigilance).

L'**identitovigilance** vise à garantir que tous les patients soient correctement identifiés tout au long de leur prise en charge dans l'hôpital et dans les échanges de données médicales et administratives. L'objectif est de fiabiliser l'identification du patient et les documents le

concernant tout au long de la prise en charge pour toujours offrir le « bon soin, au bon patient ».

Article 27. Certification

Article L6113-3 du CSP

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification.

Cette procédure, conduite par la HAS (Haute autorité de santé), vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Le CH4V se conforme aux exigences d'analyse des processus et des risques fixées par la HAS ainsi qu'à la transmission d'un compte qualité. La démarche QGR du CH4V a ainsi notamment pour objectif de répondre aux attentes de la HAS en termes de qualité et de sécurité des soins.

Enfin, le CH4V répond aux exigences des démarches qualité spécifiques que sont :
- L'accréditation COFRAC du laboratoire basée sur la norme ISO 15189
- La certification de l'AMP basée sur la norme ISO 9001
- Les évaluations médico-sociales

CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE

Article 28. Nature et opposabilité des règles de sécurité

Nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine accidentelle ou intentionnelle. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le directeur édicte, par voie de notes internes, des 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.

Le directeur veille, en tant que responsable du bon fonctionnement de l'hôpital, au respect des règles de sécurité du fonctionnement de l'hôpital et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, humaines ou à des facteurs naturels.

Opposabilité des règles de sécurité

Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'hôpital, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les

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

SECTION 1 – REGLES ET DISPOSITIFS DE SECURITE GENERALE

Article 29. Accès à l'hôpital

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

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires. Des aménagements sont réalisés pour l'accueil des personnes à mobilité réduite dans le cadre de l'agenda d'accessibilité programmée.

Le directeur peut ordonner la reconduite à l'extérieur des tiers dont la présence au sein de l'hôpital n'est pas justifiée.

De même, pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées.

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. L'interdiction de la présence d'animaux domestiques dans l'enceinte de l'hôpital ne fait pas obstacle à ce que des chiens accompagnant des personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité soient autorisés au sein de l'hôpital, conformément aux dispositions de la loi du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.

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 30. Calme et tranquillité au sein de l'hôpital

Tout accompagnant ou visiteur qui, en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur crée un trouble au sein de l'hôpital, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'hôpital. En cas de refus caractérisé, il sera fait appel à l'intervention des services de police.

Article 31. Personnels de sécurité générale et de sécurité incendie

Les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur, dans le strict respect de la loi, du règlement de sécurité contre l'incendie et des textes pris pour leur application.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas suivants :

- obligation d'assistance aux personnes en péril (Article223-6 du code pénal)

- crime ou délit flagrant (Article53 du code de procédure pénale : *« est qualifié de crime ou délit flagrant, le crime ou le délit qui se commet actuellement ou qui vient de se commettre. Il y a aussi crime ou délit flagrant lorsque, dans un temps très voisin de l'action, la personne soupçonnée est poursuivie par la clameur publique, ou est trouvée en possession d'objets ou présente des traces ou indices, laissant penser qu'elle a participé au crime ou au délit. »*)
- légitime défense ou état de nécessité (Article122-5, 122-6 et 122-7 du code pénal)

Ils ne peuvent intervenir dans les services qu'à la demande du directeur de l'établissement ou des personnels responsables de ces structures.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. Ils sont habilités à effectuer des contrôles visuels des effets personnels des usagers (manteaux, sacs, valises…).

Ils peuvent retenir aux sorties de l'hôpital, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un vestiaire ou à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

Ils ne peuvent intervenir sur la voie publique qu'en qualité de simple citoyen et non au titre de leurs fonctions, sauf en cas d'urgence signalée à proximité immédiate de l'hôpital pour la fugue d'une personne mineure, âgée ou vulnérable.

Ils doivent être identifiables par le port d'une tenue adaptée et spécifique ainsi que d'un badge professionnel nominatif.

Le directeur de l'établissement désigne un responsable sécurité pour l'ensemble des sites du CH4V qui, sous sa responsabilité, assure le respect des règles de sécurité.

Article 32. Matériels de sécurité générale (vidéoprotection, contrôles d'accès)

Le principe de vidéoprotection est soumis aux instances de l'hôpital et le plan de sécurité d'établissement est arrêté par le directeur après présentation aux instances de l'hôpital.

Le fonctionnement des installations de vidéoprotection doit permettre de respecter le secret professionnel, 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 (CNIL).

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéoprotection doivent observer les dispositions de la loi du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité et celles du décret n° 96-926 du 17 octobre 1996 pris pour son application.

Ce système de vidéoprotection fait l'objet d'une autorisation préfectorale d'installation. Les images sont reportées au poste central de sécurité et sont consultables selon les modalités prévues par les procédures en vigueur dans l'établissement. Les personnes habilitées à consulter les images enregistrées sont définies dans la déclaration déposée auprès de la préfecture. La consultation de ces images par des tiers s'effectue dans le cadre de l'intervention des forces de police pour une plainte ou d'un préjudice subi par les personnes filmées.

Les matériels utilisés pour les contrôles d'accès sont les badges, les bips et les clés. Ce matériel est remis nominativement et sa perte engendre un remplacement à titre payant au coût de remplacement.

Article 33. Règles de responsabilité

Article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; Jurisprudence du Conseil d'Etat

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

L'hôpital assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. La responsabilité de l'hôpital peut aussi être engagée pour les collaborateurs occasionnels au service public, par exemple en cas d'accident survenu au cours d'une contribution bénévole à une mission de service public.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur dépose plainte pour les dommages subis par l'hôpital.

Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le directeur peut, en application de l'article 40 du code de procédure pénale, porter les faits à la connaissance du procureur de la république dans la mesure où les faits paraissent concerner un délit ou a fortiori un crime.

Article 34. Rapports avec l'autorité judiciaire

Le directeur informe sans délai le procureur de la république des crimes et délits commis dans l'enceinte de l'hôpital et qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

Article 35. Rapport avec les autorités de police

Seul le directeur 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 de l'hôpital une intervention des autorités de police qui apprécient si celle-ci est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur de l'hôpital doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des patients et d'une manière générale des droits du citoyen.

Article 36. Circonstances exceptionnelles

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

Le CHSCT en est informé pour les domaines relevant de sa compétence.

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

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

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, nécessité pour l'hôpital, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés, faire appel aux forces de l'ordre pour faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence ou de sécurité générale (ex : VIGIPIRATE), le directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'hôpital, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

Article 37. Vigilance attentat

Guide « Vigilance attentats : les bons réflexes » à destination des personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, du ministère de la Santé de juin 2016

Chacun dans sa pratique est invité à faire preuve de vigilance. Il faut notamment :

- Rester vigilant et signaler les comportements suspects
- Signaler les situations inhabituelles : menaces verbales, appels anonymes, tags menaçants…
- Être à l'écoute du personnel, qui peut transmettre des informations perçues dans le cadre de ses activités
- Être attentifs au changement de comportement des agents, notamment aux signes de radicalisation.

Tout élément de cette nature doit remonter soit directement, soit par les cadres des services au responsable sécurité ou à la direction.

Une procédure indiquant la démarche à adopter en cas d'attaque est disponible.

SECTION 2 – PREVENTION ET SECURITE INCENDIE

Article 38. Registre de sécurité incendie

L'hôpital est assujetti aux règles de sécurité contre l'incendie applicables à tous les établissements recevant du public.

Certaines de ses installations (chaufferies, groupe électrogène, dépôts de liquides inflammables, etc.) doivent, en outre, être conformes aux dispositions du code de l'environnement.

L'hôpital tient un registre de sécurité sur lequel sont portés des renseignements indispensables à la bonne marche du service de sécurité. Ce registre assure la traçabilité des actions de prévention et de protection effectuées sur les installations techniques.

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

Article 39. Sécurité des biens et des personnes

L'hôpital met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour assurer la sécurité des personnes et des biens. Les locaux sont équipés de détecteurs d'incendie et de dispositifs de sécurité appropriés. Des exercices et formations contre l'incendie sont régulièrement organisés par l'établissement.

Tout personnel ayant connaissance d'un événement de nature à mettre en péril les personnes et/ou les biens est tenu de donner l'alarme et, sous réserve de ne pas mettre en danger sa personne, de prendre les premières mesures qui s'imposent.

L'alerte est donnée au poste central de sécurité ou, à défaut, aux secours extérieurs.

L'ensemble du personnel doit être régulièrement formé au maniement des moyens de secours et connaître les consignes de sécurité en vigueur dans l'établissement. Ces formations revêtent pour le personnel un caractère obligatoire, attesté par une convocation et une preuve de présence. Les personnels d'encadrement ont la responsabilité d'y veiller.

Article 40. Interdiction de fumer

Article L3513-6 du CSP ; Articles R3512-2 à R3512-9 du CSP

Il est interdit de fumer et de vapoter dans l'ensemble des locaux clos et couverts de l'hôpital. Une signalisation apparente indique cette interdiction à l'entrée et à l'intérieur des locaux.
Des cendriers demeurent disponibles aux principaux accès de l'hôpital (entrée principale et entrée de la cour logistique). Néanmoins, et afin de préserver une image cohérente avec les missions de soins et de prévention de l'hôpital, le personnel en tenue soignante a l'obligation d'utiliser les zones fumeurs circonscrites qui leur sont réservées sur les sites de Saint-Cloud, Sèvres et Lelégard. Le non respect de ces zones (marquage au sol, cendriers) entraînera la fin de la politique de tolérance de l'hôpital et l'application éventuelle des sanctions prévues par la loi.

Enfin, la circulation des personnels en tenue soignante entre leur service et les zones fumeurs doit se faire dans le respect des règles élémentaires d'hygiène et de prévention des infections (chaussures dédiées, sur-blouse, …).

SECTION 3 – SECURITE ET PERMANENCE DE FONCTIONNEMENT

Article 41. Recherche de la maîtrise des risques

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des usagers, de leurs accompagnants, de leurs visiteurs et de tous ceux qui sont appelés à pénétrer dans l'établissement en raison de leurs fonctions.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'hôpital, le directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des services et instances concernés.

Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives compétentes de l'application des plans d'action et de prévention.

Le directeur organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers.

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement au directeur ou à son représentant qui informe le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Conformément à la réglementation, la médecine du travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

Article 42. Garde technique

Le directeur de l'hôpital organise la garde technique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'hôpital.

La liste des techniciens de garde figure en annexe au présent règlement intérieur (cf Annexe IX).

SECTION 4 – CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES VEHICULES

Article 43. Règles de compétence

Sous réserve de l'application du code de la route pour ses dispositions législatives qui ne limitent pas leur champ d'application aux voies ouvertes à la circulation publique, le directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des

patients et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (services de secours et de force de l'ordre).

Le directeur peut, en cas de besoin, faire appel aux autorités de police.

Article 44. Règles générales de stationnement

Le stationnement de longue durée est prohibé.

Le titulaire de chaque autorisation de stationnement doit s'assurer que son véhicule est en bon état et ne met pas en danger la sécurité des parkings et de ses utilisateurs. Il est interdit de stationner un véhicule en panne ou accidenté dans les parkings ainsi qu'un véhicule non autorisé à circuler sur la voie publique.

Le directeur est habilité à prendre toutes les mesures nécessaires visant à l'évacuation d'un véhicule, notamment pour des raisons de sécurité ou de gêne au fonctionnement de l'hôpital.

Il peut également restreindre ou interdire l'accès des parkings pour les mêmes motifs.

Article 45. Dispositions communes aux zones de stationnement réservées aux professionnels

Ces dispositions concernent l'ensemble des personnels salariés de l'établissement, les personnes bénévoles clairement identifiées et répertoriées et les professionnels extérieurs autorisés (taxis, ambulances….).

La direction attribue les droits d'accès aux parkings selon le formulaire unique prévu à cet effet.

L'attribution d'un accès donne droit à une place non nominative et dans la limite des places disponibles et matérialisées. L'accès se fait directement à l'aide de badges ou bips d'accès. Lors de la cessation d'activité, le badge ou le bip doit être restitué.

Le stationnement sur ces zones est gratuit. Les badges ou bips d'accès sont strictement personnels. Ils ne donnent un droit d'entrée sur la zone considérée que dans la limite des places disponibles identifiées. Ils ne peuvent être utilisés que pendant les heures de présence dans l'établissement et n'autorisent pas un stationnement prolongé du véhicule. Cette mise à disposition de places de stationnement n'entraîne aucune obligation de garde ou de surveillance.

PARTIE II - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE I – REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DU PATIENT

Article 46. Devoir d'information du public

Article 27 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans les respects des règles énoncées dans les articles suivants.

Article 47. Secret professionnel

Article L1110-4 du CSP ; Article 4 du code de la déontologie ; Articles 226-13 et 226-14 du code pénal ; Article 40 du code de procédure pénale

Institué dans l'intérêt des patients, le secret professionnel s'impose à tous. Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein de l'hôpital. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe ainsi qu'aux partenaires du CH4V éventuellement associés à la prise en charge.

Le secret est un principe fondamental. Il ne peut y être dérogé que dans les cas de déclarations aux autorités compétentes prévus par la loi :

- 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 patients toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique

Le médecin peut s'affranchir également de son obligation de secret dans les deux cas suivants :

- pour informer les autorités judiciaires, médicales et administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;

- pour porter à la connaissance du procureur de la république et en accord avec la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises.

S'il estime ne pas devoir révéler des sévices ou privations dont il a eu connaissance, le médecin doit alors prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Les fonctionnaires en exercice au sein du CH4V et les médecins responsables de structures internes en leur qualité d'autorité doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informé le directeur.

Article 48. Obligation de discrétion professionnelle

Article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels de l'hôpital sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. La discrétion professionnelle couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

Cette obligation de discrétion professionnelle se traduit notamment par l'interdiction de diffuser des images et vidéos prises au sein du CH4V.

Article 49. Devoir général de réserve, respect de la liberté de conscience et d'opinion

Jurisprudence du Conseil d'Etat

Tout agent, personnel médical ou non médical, doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il est tenu, dans l'exécution de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, visiteurs et agents du site.

Sans restreindre la liberté d'expression garantie aux professionnels, la liberté de conscience et d'opinion des patients est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ou leurs familles. Aucune marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique n'est acceptée sur les lieux de travail.

Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

Article 50. Respect du confort des patients

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients, dont ils ont la charge. D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux hospitaliers. Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit (tout particulièrement la nuit) dans les services de soins.

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

Article 51. Usage du téléphone portable

L'utilisation du téléphone portable personnel n'est pas autorisée sur le temps de travail, hors temps de pause.

Article 52. Exigence d'une tenue correcte

La tenue est un élément du respect dû aux patients. Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble des personnes travaillant à l'hôpital.

Article 53. Identification vis-à-vis des interlocuteurs

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles et sauf exceptions décidées par le directeur, les personnels de l'hôpital en contact avec les hospitalisés ou le public portent en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur nom, prénom et qualité.

L'identification de la qualité de chaque professionnel s'effectue aussi par le port des tenues fournies par l'établissement qui sont adaptées aux emplois et secteurs d'activité.

Enfin, au-delà de la tenue de travail et du badge, il est vivement recommandé à chacun de se présenter et indiquer sa fonction par oral aux patients et visiteurs à l'occasion d'un premier contact.

Article 54. Accueil et respect du libre choix des familles

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Sous peine de sanctions, le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire ou à un opérateur funéraire : les listes des entreprises agrées par la préfecture leur sont communiquées.

De même, les personnels de l'hôpital s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé.

CHAPITRE 2 – AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL

Article 55. Obligation de désintéressement

Article 25 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifié par la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires ; Article 432-14 du code pénal ; 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

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec l'hôpital, qui soient de nature à compromettre leur indépendance.

S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'administration pour lui permettre de gérer le risque de conflits d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise.

Sont applicables dans ce domaine des sanctions disciplinaires et pénales.

Article 56. Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Article 25 septies de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifié par la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires

Les personnels de l'hôpital sont tenus de se consacrer uniquement à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature que ce soit.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération ainsi que sur l'activité libérale des praticiens temps plein.

Article 57. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels de l'établissement 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 agents ne peuvent accepter des patients ou de leur famille aucune rémunération (« pourboire ») liée à l'exécution de leur service.

Article 58. Exécution des instructions reçues

Article 28 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Tout agent de l'hôpital, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. L'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

Article 59. Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier. Il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national.

Toute absence prévue, y compris pour événements familiaux, quel qu'en soit le motif, doit avoir fait l'objet d'une autorisation, faute de quoi l'agent peut être considéré en situation d'absence irrégulière. Cette autorisation doit être sollicitée auprès de la direction des ressources humaines pour le personnel non médical et du bureau des affaires médicales pour le personnel médical et sera accordée après avis du cadre/du chef de pôle et sous réserve de la nécessité du fonctionnement du service.

Au cas où l'agent connaîtrait un empêchement imprévu dont il puisse se justifier, il le signale dans les plus brefs délais à son responsable et à la direction des ressources humaines.

Les justificatifs devront être remis à la direction des ressources humaines dans un délai de 48 heures.

Article 60. Information du supérieur hiérarchique

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

Article 61. Utilisation des véhicules

L'hôpital met des véhicules à disposition de ses salariés dans le cadre de leurs déplacements professionnels. Pour les véhicules du pool, une réservation préalable doit être réalisée auprès du secrétariat de la direction des achats, de celui des résidences de Lelégard ou de l'accueil de la direction des ressources humaines à Sèvres.

Les véhicules sont entretenus et contrôlés sous la responsabilité de l'hôpital, qui assure également la fourniture du carburant.
Tout dommage ou problème constaté sur le véhicule doit être signalé à la direction des achats à l'emprunt du véhicule, faute de quoi, l'emprunteur pourrait être tenu pour responsable de la dégradation constatée.

Les salariés et stagiaires ainsi que les véhicules sont couverts par l'assurance de l'hôpital pour les trajets réalisés dans le cadre de leurs missions.

Les éventuelles contraventions sont à la charge personnelle de l'emprunteur. L'hôpital ne peut les prendre en charge.

Pour les véhicules affectés à un service, il appartient au service de tracer les utilisateurs des véhicules (cahier de bord), notamment pour établir les responsabilités individuelles en cas de sinistre ou de contravention.

Article 62. Obligation de signalement des incidents ou risques

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée.

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable est tenu de le signaler. Il adresse son signalement, selon les procédures définies et en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'événement déclaré, à l'attention du service en charge de la QGR.

Article 63. Témoignage en justice ou auprès de la police

Article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, les personnels préviennent le directeur et l'informent des suites à l'issue de l'audition.

Article 64. Bon usage des biens de l'hôpital

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'hôpital. Ce dernier est amené à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

Article 65. Bonne utilisation du système d'information

Chaque agent doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système d'information inclues dans la charte d'accès et d'usage du système d'information disponible sur l'intranet du CH4V et dont il atteste par écrit avoir pris connaissance. Les technologies de l'information et de la communication sont à usage exclusivement professionnel.

Article 66. Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés dans l'hôpital

Aucun agent hospitalier ne doit conserver des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés exceptionnellement par des patients.

Tout bien découvert ou trouvé au sein de l'hôpital est directement remis au bureau des admissions où sera organisée sa conservation et sa restitution.

Article 67. Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Article 231-8 du code du travail

Les personnels de l'hôpital, médicaux comme non médicaux, observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. A cette fin, est disponible un « Livret Hygiène » informant des règles et recommandations en matière d'hygiène en vigueur dans l'établissement.

Les personnels soignants doivent notamment avoir des ongles courts, sans faux ongles ni résine et ne porter aucun bijou (y compris montre ou alliance). Les responsables médicaux et autres personnels d'encadrement sont chargés d'y veiller au quotidien.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers ; ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leur emploi (visite médicale périodique, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier).

Article 68. Tenues de travail

Les personnels dont les fonctions le nécessitent doivent porter les tenues adaptées fournies par l'établissement.

Les tenues de travail demeurent la propriété de l'hôpital et leur perte ou leur dégradation peut donner lieu à facturation.

L'entretien des tenues est assuré par l'hôpital, sauf mention contraire explicitement présentée aux professionnels concernés et au CHSCT.

Les personnels assurent la fourniture et l'entretien de leurs chaussures professionnelles selon les recommandations en vigueur.

Les personnels ne sont pas autorisés à sortir de l'enceinte des sites en tenue, ni à procéder à l'entretien de leur tenue à domicile, sauf dispositions contraires spécifiques.

Article 69. Restaurant du personnel

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas de midi sur place dans un lieu spécialement réservé à cet effet sur chaque site composant l'hôpital.

Le port de la tenue professionnelle n'est pas autorisé au restaurant du personnel.

Article 70. Activités de vente de produits par les agents sur leur lieu de travail

Sauf dérogation expresse motivée, les agents de l'établissement ne sont pas autorisés à pratiquer des activités de vente de produits ou de service durant leurs heures de service au sein de l'établissement.

Article 71. Horaires de travail

Les horaires de travail des personnels sont établis dans le respect des dispositions générales réglementaires et locales relatives à la durée du travail. Pour les personnels non médicaux, le guide de gestion du temps de travail est mis à disposition dans les services et sur l'intranet. Le temps de travail à effectuer est déterminé dans une annexe à ce guide du temps de travail publiée chaque année. Pour les personnels médicaux, une note de service vient préciser annuellement les obligations de service, exprimées selon les cas en heures ou demi-journées.

CHAPITRE 3 : DROITS DU PERSONNEL

Article 72. Liberté d'opinion

Article 6 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifié par la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires

La liberté d'opinion est garantie à l'ensemble du personnel dans sa vie privée mais est limitée dans l'exercice des fonctions par l'obligation de réserve. Aucune distinction, directe ou indirecte ne peut être faite entre les agents en raison de leur opinion politique, syndicale, philosophique ou religieuse, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme de leur état de santé, de leur handicap, de leur apparence physique, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.

Toutefois, des distinctions peuvent êtres faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions. De même, des conditions d'âge peuvent être fixées par décret, pour le recrutement des fonctionnaires ou encore pour la carrière de ceux-ci.

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard du fonctionnaire en prenant en considération :
- le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus
- le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes
- le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés

Article 73. Parité

Article 6 bis la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifié par la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe. Toutefois, des recrutements distincts pour les femmes ou les hommes peuvent, exceptionnellement, être prévus lorsque l'appartenance à l'un ou l'autre sexe constitue une condition déterminante de l'exercice des fonctions.

Article 74. Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement sexuel

Article 6 ter la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifié par la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard du fonctionnaire en prenant en considération :
- le fait qu'il a subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement de toute personne dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers
- le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes
- le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés

Article 75. Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement moral

Article 6 quinquiès la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifié par la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires

Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard du fonctionnaire en prenant en considération :
- le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus
- le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes
- le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés

Article 76. Droit syndical

Articles 8, 8 bis et 9 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, pour certains modifiés par la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires ; Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; Décret n° 86-660 du 19 mars 1986 modifié relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements

L'exercice du droit syndical est garanti aux personnels de l'hôpital, conformément à la réglementation et sous la responsabilité du directeur.

Toutes les organisations syndicales peuvent tenir des réunions d'information auxquelles seul le personnel n'étant pas en service peut participer.

Les organisations syndicales disposant d'au moins un siège au CTE peuvent en outre tenir pendant les heures de service des réunions mensuelles d'information d'une heure par mois. L'agent souhaitant participer à l'une de ces réunions mensuelles d'information doit présenter à son supérieur hiérarchique une demande d'autorisation spéciale d'absence au moins trois jours avant la date prévue pour cette réunion, qui sera accordée sous réserve des nécessités du service.

Afin de préserver la neutralité du service public, ces réunions ne peuvent se tenir qu'en dehors des locaux ouverts au public (local syndical, restaurant du personnel, salle de repos du personnel, salle de réunion par exemple, etc.) et ne doivent pas entraîner de conséquences sur le fonctionnement des services.

Les documents d'origine syndicale peuvent être distribués aux agents dans l'enceinte des bâtiments de l'établissement mais en dehors des locaux ouverts au public.

Article 77. Droit de grève

Article 10 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Tous les personnels disposent du droit de grève sous réserve que la continuité du service public soit assurée. La détermination des effectifs nécessaires dans les services devra se faire en tenant compte notamment des effectifs de week-end, de la sécurité des patients et de la préservation des matériels et des bâtiments.

Un délai de préavis de cinq jours francs doit être respecté avant le début de la grève. Les assignations pour assurer la continuité de service doivent être faites 24 heures avant le début de la grève.

La retenue de traitement pour jour de grève se fonde sur le constat d'absence du service fait.

Article 78. Droit à la protection dans l'exercice de ses fonctions

Article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifié par la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires ; décret n° 2017-97 du 26 janvier 2017 relatif aux conditions et aux limites de la prise en charge des frais exposés dans le cadre d'instances civiles ou pénales par l'agent public ou ses ayants droit

L'hôpital assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Le personnel est invité à signaler de tels événements en renseignant une fiche de dysfonctionnement.

Il est également protégé dans le cas d'une faute commise à la condition qu'elle ne présente pas les caractéristiques d'une faute personnelle détachable du service.

PARTIE III – DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT

CHAPITRE 1 – ACCUEIL, CONSULTATION ET ADMISSION

Article 79. Principe du libre choix du patient

Article L.1110-8 du CSP

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

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital.

Ce libre choix, à exercer par le patient lui-même, doit toutefois se concilier avec les règles de fonctionnement de l'hôpital telles que l'organisation du service et des soins ; il ne permet pas en outre au patient de s'opposer à ce qu'un professionnel de santé procède à un acte pour des motifs tirés de la religion, connue ou supposée de ce dernier.

L'exercice de ce droit peut avoir des conséquences sur les conditions de la prise en charge financière par la sécurité sociale.

Pour les patients hospitalisés en psychiatrie après un séjour ou un passage aux urgences du CH4V, ce droit s'exerce également dans le respect du principe de sectorisation.

SECTION 1 – ACCUEIL ET ADMISSION

Article 80. Décision d'admission

Articles R 1112-11 et R 1112-11-12 du CSP

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

Article 81. Livret d'accueil

Article L.1112-2 du CSP

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein de l'hôpital un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. La charte de la personne hospitalisée est jointe à ce livret.

Article 82. Formalités d'admission

Articles R.1112-24 à R.1112-26 du CSP

Toute admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

Les documents à fournir sont :
- carte d'identité (ou passeport, livret de famille, extrait d'acte de naissance, carte de séjour, carte de résident)
- carte vitale mise à jour ou attestation de sécurité sociale en cours de validité
- carte de mutuelle ou assurance complémentaire ou attestation CMUC (couverture médicale universelle complémentaire) en cours de validité
- carte ou attestation d'assurance privée

Dans les cas particuliers suivants, doivent être fournis :
- accidenté du travail ou maladie professionnelle: feuille d'accident de travail ou de maladie professionnelle délivrée par l'employeur, dûment complétée
- affection de longue durée : attestation de prise en charge à 100%
- pensionné de guerre : carnet de soins gratuits
- bénéficiaire aide médicale d'Etat (AME) : attestation AME
- étranger : carnet européenne ou attestation de prise en charge de votre assurance agréée en France
- sans couverture sociale : s'adresser au service des admissions qui orientera vers une assistante sociale

Si le patient n'est pas assuré social ou ne peut justifier de l'ouverture de ses droits, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation et de verser une provision.

Article 83. Secret de l'admission

Article L1110-4 du CSP

Le patient, y compris un mineur se déclarant opposé à la consultation de ses père et mère ou représentant légal et confirmant cette opposition, peut demander le bénéfice du secret de l'hospitalisation.

Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement, avec une mention relative à l'admission sous secret qui doit être signalée aux services concernés (service d'hospitalisation, accueil, standard…) de façon à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur la présence de l'intéressé au sein du site.

Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement dans les cas prévus par la réglementation.

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

Article 84. Personne de confiance

Articles L.1111-6 et L.1111-7 du CSP

La personne de confiance ne doit pas être confondue avec la personne à prévenir. Les informations qui peuvent être communiquées à la personne à prévenir sont limitées et ne peuvent en aucun cas se situer dans le champ des informations couvertes par le secret médical et professionnel. A l'inverse, les informations pouvant être communiquées à la personne de confiance sont les mêmes que celles qui le sont au patient.

Toute personne majeure peut désigner par écrit une personne de confiance. Lors de l'hospitalisation, le patient reçoit le livret d'accueil qui l'informe de cette possibilité.

La personne de confiance doit connaître le patient antérieurement à son hospitalisation. Ce peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Cette désignation est valable pour la durée du séjour hospitalier, mais elle est révocable à tout moment par le patient.

Elle accompagne le patient dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. En cas de diagnostic ou pronostic grave, elle reçoit des informations pour soutenir le patient.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle doit être consultée et recevoir l'information nécessaire avant toute intervention ou investigation.

Dans le cas où le patient est en fin de vie ou hors d'état d'exprimer directement sa volonté, l'avis de la personne de confiance, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

La consultation ne s'assimile pas à une prise de décision. Lorsque le patient est inconscient, la personne de confiance ne se substitue pas à lui. Un dialogue se noue avec le médecin. Le praticien reste libre de sa décision, en dernier ressort.

La personne de confiance doit agir dans le seul intérêt du patient et tenir compte dans la mesure du possible des volontés exprimées par ce dernier

Elle ne se confond pas nécessairement avec la « personne à prévenir » en cas d'aggravation de l'état de santé ou décès, sauf désignation d'une même personne par le patient.

Elle est liée au secret. Elle n'a pas accès au dossier médical. Sa consultation n'exclut pas l'information de la famille.

L'établissement dispose d'une procédure et d'une fiche de désignation de la personne de confiance.

SECTION 2 – CONSULTATIONS EXTERNES

Article 85. Consultations externes

L'hôpital dispose de plusieurs services de consultations et de soins pour patients externes. Les consultants externes peuvent obtenir un rendez-vous par téléphone ou en se déplaçant au secrétariat des consultations externes aux horaires indiqués.

Article 86. Tarifs des consultations externes

Hors activité libérale, les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés avec l'assurance maladie en secteur 1. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année et sont affichés.

SECTION 3 – ACTIVITE LIBERALE

Article 87. Principes d'organisation de l'activité libérale

Articles L.6154-1 à L.6154-7 du CSP ; Articles R.6154-1 et suivants du CSP

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale. Cette dernière s'effectue dans les conditions prévues par la règlementation et dans le cadre d'un contrat d'activité libérale, soumis à réexamen périodique et encadrée par la commission de l'activité libérale. Cette commission de l'activité libérale est chargée au sein de l'hôpital de veiller au bon déroulement de cette activité.

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

Article 88. Admission en secteur libéral

Articles R1112-21 à R1112-23 du CSP

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein de l'hôpital. Dans certaines spécialités médicales, le patient peut toutefois être pris en charge, à sa demande et avec l'accord du médecin intéressé, dans le cadre de l'activité libérale des médecins exerçant à temps plein, lorsque ceux-ci y sont autorisés.

Cette prise en charge ne peut résulter que d'une demande expresse et spontanée du patient, exprimée en l'absence de toute sollicitation, quelle qu'en soit la forme.

Le patient qui souhaite être pris en charge au titre de l'activité libérale doit recevoir, au préalable, toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment quant à la tarification et aux conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

Les jours et heures d'ouverture ainsi que le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Lorsque le patient opte pour le secteur libéral d'un médecin, lors de son hospitalisation, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant.

Aucun patient ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein de l'hôpital, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il a été pris en charge préalablement dans le cadre de l'activité libérale.

Le patient peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du directeur et après avis du responsable de la structure interne, revenir sur son choix.

Le patient doit verser au médecin des honoraires, dont le montant, qui peut inclure des dépassements par rapport aux tarifs du secteur 1, est fixé par entente directe avec le médecin et payé indépendamment des frais de séjours hospitaliers.

Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

SECTION 4 – ACCUEIL ET ADMISSION EN URGENCE

Article 89. Plan d'accueil des patients et blessés en urgence dit « plan blanc »

Articles L.3110-7 et L.3110-8 du CSP

L'hôpital est doté d'un dispositif de crise dénommé « plan blanc » d'établissement qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose pour faire face à un afflux massif de victimes ou à une crise sanitaire grave. Le déclenchement du plan blanc relève de la compétence du directeur ou de son représentant. Il peut également être déclenché à la demande du représentant de l'Etat dans le département.

Il est soumis aux instances de l'établissement. Il fait l'objet d'un réexamen régulier. Il est adapté aux évolutions de la réglementation et peut être modulé en fonction du type et de l'importance du risque auquel l'établissement doit faire face.

En outre, si l'afflux de victimes ou si la situation sanitaire le justifient, le représentant de l'Etat dans le département peut déclencher le « plan blanc élargi » qui lui permet de procéder aux réquisitions nécessaires de biens et services, notamment de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social.

Article 90. Interventions des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital

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

En règle générale, dès que l'urgence est signalée, deux types de mesures doivent simultanément être mises en œuvre :

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

Afin de faire face à l'afflux de blessés en urgence, il peut être nécessaire de faire appel à des personnels qui ne sont pas en fonction, éventuellement sur leur repos. Dans cette perspective, les personnels sont tenus de transmettre à la direction un numéro de téléphone personnel permettant de les joindre. En contrepartie, la direction s'engage à n'utiliser ce numéro que dans les deux cas suivants : le déclenchement d'un « plan blanc » ; la mise en œuvre d'un exercice de préparation au « plan blanc ».

Article 91. Accueil et admission en urgence

Articles R 1112-13 à R 1112-16 du CSP

Le directeur prend toutes les mesures, si l'état d'un patient ou d'un blessé réclame des soins urgents, pour que ceux-ci soient assurés au sein de l'hôpital sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement de manière anonyme, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

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

Si l'admission est décidée et que le patient refuse de rester, il s'agit d'un refus de soins. Selon la procédure prévue, le patient doit alors être informé des risques qu'il encourt et, s'il persiste dans sa décision, signer un certificat de refus de soins.

Article 92. Information des familles des patients ou blessés hospitalisés en urgence

Article R.1112-15 du CSP

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par l'hôpital

Que le patient ait été conduit au sein de l'hôpital par le SMUR, les sapeurs-pompiers, les autorités de police ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles.

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

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.

Article 93. Inventaire à l'admission

Loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 et du décret n° 93-550 du 27 mars 1993 relatifs à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé.

Le patient est invité à conserver les objets considérés comme utiles à son hospitalisation et à faire retourner les autres objets à son domicile.

Dans l'hypothèse où le patient détiendrait malgré tout des objets de valeur, le personnel doit systématiquement :

- Informer le patient de la procédure sur les objets de valeur
- En cas de dépôt, en vérifier le contenu, un témoin étant conseillé
- Remplir et faire signer au patient le formulaire « dépôt des valeurs »

- Remettre un double du descriptif de la fiche de dépôt de valeur au patient (s'il est conscient) ou à sa famille, ou le conserver dans son dossier et au bureau des admissions
- Descendre l'enveloppe au bureau des admissions
- En dehors des horaires d'ouverture du bureau des admissions et pour le service des urgences, mettre le dépôt au coffre du service des urgences (un système de sécurité permet de glisser l'enveloppe adaptée à cet effet dans le coffre), aviser les admissions et remplir le cahier de renseignements situé au niveau du coffre

CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINS PATIENTS

SECTION 1 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX MINEURS

Articles L.1111-5, L.1111-6, L 1112-4, L.2212-7 et R1112-34 à R1112-36 du CSP ; Article L 222-6 du code de l'action sociale et des familles ; Articles 223-6 et 226-14 du code pénal

Pour le moindre doute concernant l'admission de patients mineurs, le personnel est invité à prendre contact avec l'assistante sociale du service de gynécologie-obstétrique, qui détient l'expertise en matière de protection de l'enfance.

Article 94. Admission des patients mineurs

L'admission d'un patient mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande de la ou les personne(s) exerçant l'autorité parentale ou l'autorité judiciaire.

Lorsque le mineur se présente seul à l'hôpital, l'établissement doit tout mettre en œuvre pour en informer les titulaires de l'autorité parentale, afin de pouvoir prononcer l'admission. Sauf cas d'urgence et situation des mineurs qui refusent que les titulaires de l'autorité parentale soient informés de leur état de santé, il n'est pas possible d'admettre un patient mineur sans l'accord de l'un de ses représentants légaux. Dans ce cadre, le personnel doit donc contacter le service social de l'hôpital pendant les heures ouvrables et en dehors de ces horaires l'administrateur de garde.

<u>Mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance</u>

➢ Situation où les parents sont titulaires de l'autorité parentale

Lorsque les enfants bénéficient de l'aide sociale à l'enfance et que les parents sont titulaires de l'autorité parentale, l'admission est prononcée à la demande des parents. Si les parents ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service de l'aide sociale à l'enfance

➢ Situation où les parents ne jouissent pas de l'autorité parentale

Lorsque les enfants bénéficient de l'aide sociale à l'enfance et que les parents ne jouissent plus de l'autorité parentale, l'admission est prononcée à la demande des services de l'aide sociale à l'enfance.

➢ Situation des pupilles

Lorsque les enfants sont pupilles, le préfet est alors titulaire de l'autorité parentale. C'est alors la délégation territoriale de l'ARS qui demande l'admission de l'enfant à l'hôpital.

➢ Pour tous les mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance

Lorsque le patient relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur adresse sous pli cacheté dans les 48 heures de l'admission au service médical de l'aide à

l'enfance le certificat confidentiel du médecin, indiquant le diagnostic et la durée de l'hospitalisation.

Admission des mineurs en urgence
En cas d'urgence, le médecin doit donner au patient mineur les soins qui s'imposent. Toutes mesures utiles sont prises pour que la personne exerçant l'autorité parentale ou un membre de la famille soit informé dans les meilleurs délais de l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence.

Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication de la personne exerçant l'autorité parentale et, plus particulièrement, le droit de garde. Dans tous les cas, cette personne doit être tenue informée de l'admission dans les meilleurs délais.

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission.

Les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé en fonction de leur âge et facultés de compréhension, dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

Article 95. Conditions d'hospitalisation des mineurs

Autant que possible, les patients mineurs ne doivent pas partager leur chambre avec un patient majeur.

Le directeur organise, avec l'accord des médecins responsables de structure concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur hospitalisation.

Les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres patients.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins.

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié.

Article 96. Autorisation de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Des permissions de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation.

Les mineurs ne peuvent être confiés qu'à leur père, mère, gardien, tuteur ou une tierce personne expressément autorisée par ceux-ci. La personne emmenant l'enfant doit présenter les justificatifs nécessaires (pièce d'identité ou extrait de jugement).

Article 97. Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation ou suite à un passage aux urgences

Lorsque le mineur est dans les locaux de l'établissement, il est considéré comme placé sous la garde de celui-ci. Il ne pourra pas quitter librement l'hôpital.

Le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale ou la personne exerçant le droit de garde est informé de la sortie prochaine du mineur. Cette personne doit préciser à la direction si le mineur peut quitter seul l'hôpital ou s'il doit lui être confié ou être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée. Cette mesure ne s'applique pas lorsque le mineur s'est opposé à l'information des titulaires de l'autorité parentale. Dans ce cas, le mineur est accompagné lors de sa sortie par la personne majeure de son choix désignée préalablement.

Dans le cas où le mineur, lors de sa sortie, est confié à la personne exerçant le droit de garde ou au tiers que cette dernière a autorisé, des justifications sont exigées (pièces d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du patient.

SECTION 2 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX MAJEURS PROTEGES

Articles L1111-2, L1111-4, L 1112-4, R. 4127-9 et 4127-42 du CSP

Article 98. Admission des majeurs protégés

- **Majeur placé sous la sauvegarde de la justice**

Article 491-2 - Code civil

Le majeur placé sous la sauvegarde de la justice conserve l'exercice de ses droits. L'admission est prononcée sur sa seule demande.

- **Majeur placé sous curatelle**

Articles 508 et 510 - Code civil

Le majeur placé sous curatelle doit être contrôlé ou conseillé dans les actes de la vie civile. Hors les cas d'urgence, l'admission est prononcée sur demande conjointe du majeur et de son curateur.

- **Majeur placé sous tutelle**

Article 492 - Code civil

Le majeur sous tutelle est une personne représentée de manière continue par un tuteur dans tous les actes de la vie civile. Hors les cas d'urgence, l'admission est prononcée à la demande du tuteur.

Article 99. Autorisation de soins des majeurs protégés

Le consentement du majeur protégé doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, l'accord de son représentant légal doit être recherché.

Les dispositions relatives aux mineurs s'appliquent avec substitution du tuteur aux titulaires de l'autorité parentale.

SECTION 3 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX FEMMES ENCEINTES

Article 100. Admission en maternité

Article R 1112-27 du CSP

Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le directeur ne peut refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement

En l'absence de lit disponible au sein de l'hôpital, le directeur organise cette admission dans un autre établissement de santé pourvu d'un service de maternité.

Article 101. Secret de la grossesse ou de la naissance dit « admission sous X »

Article R 1112-28 du CSP ; Article L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles ; Article 326 du code civil

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. Son cas est géré par le service social de l'hôpital, en lien avec le département.

La femme concernée est informée de la possibilité de lever le secret à tout moment, et est invitée à laisser, si elle l'accepte, dès la naissance ou plus tard, à tout moment, des renseignements d'ordre général ainsi que, sous pli fermé, son identité dans la perspective d'une communication ultérieure qui serait soumise à son consentement. Ces formalités sont accomplies par les services du département avisés sous la responsabilité du directeur.

Quand la demande d'anonymat émane d'une femme mineure, le directeur, en liaison avec le service social de l'hôpital, signale la situation au Parquet, qui apprécie la nécessité ou non de saisir le juge des enfants en vue d'une mesure d'assistance éducative pouvant concerner la femme et/ou l'enfant.

Article 102. Admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Articles L.2212 -1 et R 2212-1 du CSP

Des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein du CH4V.

Si la patiente est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis par écrit. Ce consentement doit être accompagné de celui de la mineure célibataire enceinte, exprimé en dehors de la présence des parents ou du représentant légal.

Cependant, si la mineure souhaite garder le secret vis à vis de ses parents ou de son représentant légal ou si ce consentement n'est pas obtenu (impossibilité d'obtenir l'accord ou de contacter l'un d'entre eux ou en cas de refus), l'interruption volontaire de grossesse et les soins liés à l'intervention sont pratiqués à sa seule demande. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. Le dossier

d'admission doit dans ce cas comporter la mention selon laquelle une personne majeure accompagne la mineure enceinte.

SECTION 4 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX ETRANGERS

Article 103. Admission des patients étrangers

Articles L254-1 et L254-2 du code de l'action sociale et des familles

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'un patient étranger non-résident en France est de droit, quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative.

Hors les cas d'urgence, l'admission d'un patient étranger est subordonnée à la délivrance d'une prise en charge ou au versement d'une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation.

Article 104. Interprétariat

En cas de besoin, le personnel est en première intention sollicité afin d'aider le patient à communiquer dans le cadre de sa prise en charge. La direction des ressources humaines détient la liste des agents pouvant faire office d'interprète. Si nécessaire, le recours à un prestataire est aussi possible.

SECTION 5 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Article 105. Admission libre en soins psychiatriques

Article L.3211 2 du CSP modifié par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause.

Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.

Article 106. Admission sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Articles L.3212-1 et suivants du CSP modifié par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Une personne atteinte de troubles psychiatriques ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sans son consentement sur demande d'un tiers que si ses troubles rendent impossible son consentement et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du patient, soit par une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations antérieures lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement. En outre, deux certificats médicaux circonstanciés et datant de moins de quinze jours doivent être joints à la demande d'admission manuscrite.

La décision d'admission est prononcée par le directeur et accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours.

A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du patient, péril dûment constaté par le médecin, le directeur peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant la personne malade.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Article 107. Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Articles L.3213-1 et suivants du CSP modifié par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

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

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours.

Dans un délai de trois jours francs suivant la réception des certificats médicaux, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

SECTION 6 – AUTRES CAS PARTICULIERS D'ADMISSION

Article 108. Admission des patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance

Lorsqu'un patient souhaite, durant son hospitalisation, confier ses enfants au service de l'aide sociale à l'enfance, le directeur doit prendre les dispositions nécessaires pour :

- faire examiner les enfants par un médecin
- préparer un dossier d'admission pour le service de l'aide sociale à l'enfance
- faire accompagner les enfants au centre départemental d'aide à l'enfance

Article 109. Admission des agents du CH4V

Article 44 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Les agents titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière en activité peuvent bénéficier de la gratuité des soins médicaux délivrés par l'établissement où ils exercent. La demande de prise en charge par le CH4V du montant des frais de soins non remboursés par les organismes de sécurité sociale et complémentaire santé doit être formulée auprès des agents des admissions, conformément à la procédure prévue à cet effet. Cette attribution gratuite des soins constitue un avantage en nature soumis à la contribution sociale généralisée et à la contribution au remboursement de la dette sociale.

CHAPITRE 4 – SOINS, DROITS ET INFORMATION AUX PATIENTS

SECTION 1 – CONSENTEMENT AUX SOINS, REFUS DE SOINS

Article 110. Consentement aux soins

Articles L. L1110-4 et L. 1110-12 du CSP ; Article D. 1110-3 modifié par le décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être entrepris sans que le patient en ait été préalablement et précisément informé et ait donné son consentement libre et éclairé. Le patient peut revenir sur ce consentement à tout moment. En cas d'urgence mettant en jeu la vie du patient ou d'impossibilité de recueillir le consentement éclairé de ce dernier, les médecins dispensent les soins qu'ils estiment nécessaires, dans le respect de la vie et de la personne humaine. Ils en tiennent informés, dès que possible, les accompagnants, la famille et, le cas échéant, la personne de confiance désignée par le patient.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L.110-12, 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, dans des conditions définies par décret pris après avis de la CNIL.

Sauf disposition législative contraire, aucun test de dépistage systématique des maladies contagieuses ne peut être effectué.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévues par la loi.

Article 111. Refus des soins

Articles R.1112-43 et R.1112-62 du CSP

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

La sortie est prononcée après signature par le patient d'une attestation de refus de soins. Si le patient ou son représentant légal refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus de soins est dressé et signé par deux personnels soignants qui attestent de l'exhaustivité des explications données.

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. En cas de refus persistant, il prend en conscience les décisions qu'il estime nécessaires pour le patient compte tenu de son devoir d'assistance à personne en péril et de la connaissance qu'il a du refus du patient d'accepter les soins. Il en informe immédiatement le directeur.

Article 112. Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs ou des majeurs protégés

Articles L.1111-4 et L.1111-5 du CSP

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 même s'il revient aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur de consentir à tout traitement.

- **Forme du consentement**

Le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs ou du représentant légal pour les majeurs sous tutelle est obligatoirement requis avant de procéder à tout acte médical.

Si les décisions à prendre sont essentielles pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, notamment pour toute intervention chirurgicale au bloc opératoire, il est nécessaire de recueillir l'accord écrit du père et de la mère pour le mineur ou du représentant légal pour le majeur sous tutelle.

Si les mineurs sont accompagnés en consultation ou aux services d'urgences pour des actes bénins, le consentement des titulaires de l'autorité parentale est présumé.

- **Refus de soins**

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale et chirurgicale en dehors des cas d'urgence.

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. Le médecin doit en parallèle saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

S'agissant d'un mineur, lorsqu'il y a divergence entre les titulaires de l'autorité parentale, il appartient au parent le plus diligent de saisir le juge aux affaires familiales afin qu'il soit statué sur la décision à prendre. Dans le cas où cette divergence s'accompagne d'une situation de danger mettant en cause la santé ou la sécurité du mineur, le médecin, tout en étant tenu de délivrer les soins indispensables, est, comme tout autre tiers confronté à une telle situation de danger, habilité à opérer un signalement auprès du procureur de la République, lequel a faculté de saisir le juge des enfants.

S'agissant d'un majeur sous tutelle, il appartient au tuteur de solliciter une autorisation du juge des tutelles dans le cas où il est appelé à prendre une décision concernant la santé de la personne protégée, en l'absence d'avis exprimé par celle-ci ou contre son avis, dès lors que la décision présente un risque sérieux d'atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée.

- **Demande de secret exprimé par le mineur**

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

Toutefois, le médecin doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Il doit aussi contacter le service social de l'hôpital pendant les heures ouvrables et en dehors de ces horaires l'administrateur de garde.

Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

SECTION 2 – INFORMATION MEDICALE

Article 113. Information du patient

Article L.1111-2 du CSP

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein de l'hôpital doivent être informées par tout moyen adéquat du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens de l'hôpital assurent l'information des patients, laquelle doit être appropriée, accessible et loyale. Les

personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Les patients sont associés aux choix thérapeutiques qui les concernent. Ils sont informés préalablement de la nature, des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner.

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

Article 114. Dossier médical du patient

Article R.1112 du CSP

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Le cas échéant, un dossier peut être constitué pour un patient reçu en consultation externe au sein de l'hôpital.

Le directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la conservation et la confidentialité des dossiers au sein de l'hôpital. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient.

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

Article 115. Communication du dossier médical au patient

Articles R.1111-1 à R.1111-8 du CSP

Les patients ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé, détenues par l'hôpital et les professionnels de santé y exerçant.

Sont concernées les informations qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

- les résultats d'examens ;
- les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ;
- les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre
- les feuilles de surveillance
- les correspondances entre professionnels de santé

En dehors des cas où elle doit être effectuée dans le cadre d'une procédure judiciaire, la communication directe du dossier médical du patient ou sa consultation ne peut intervenir que sur la demande écrite du patient, de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès.

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de quarante-huit heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

Le médecin qui a établi ou qui est dépositaire de ces informations peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte d'un patient atteint de troubles mentaux (hospitalisation sur demande d'un tiers ou hospitalisation d'office) et en cas de risques d'une gravité particulière, la consultation des informations peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus de ce dernier, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Le droit d'accès au dossier du mineur, sous réserve de l'opposition du mineur qui souhaite garder le secret sur son hospitalisation, 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.

La communication du dossier est assurée par le praticien responsable de la structure médicale concernée ou par tout membre du corps médical de l'hôpital désigné par lui à cet effet.

Elle a lieu :
- soit par consultation sur place
- soit par envoi de la reproduction des pièces du dossier, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût réel des charges de fonctionnement ainsi créé.

Lors de la consultation de son dossier, le demandeur peut bénéficier d'un rendez-vous avec le médecin qui l'avait pris en charge au moment de la constitution du dossier.

Article 116. Relations avec les familles

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

En l'absence d'opposition du patient, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille.

Article 117. Droit d'accès des ayants-droit aux informations concernant un patient décédé

Articles L1111-7 et L. 1110-4 du CSP

En cas de décès du patient, les informations le concernant peuvent être délivrées à ses ayants droit, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour :
- connaître les causes de la mort ;
- défendre la mémoire du défunt ;
- faire valoir leurs droits

Article 118. Communication d'informations médicales et continuité des soins

Articles R1112-1-1 et R1112-1-2 créés par le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

Le praticien qui adresse un patient au CH4V accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention. Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus.

Lors de la sortie du CH4V, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient dans les mêmes conditions énoncées pour la transmission de la lettre de liaison du praticien qui adresse un patient à un établissement de santé.

Les lettres de liaison sont adressées par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elles sont versées dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remise.

En cas de transfert du patient dans un autre établissement de santé, les éléments indispensables à la continuité des soins sont transmis au dit établissement.

Article 119. Traitements informatiques

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

A l'occasion de l'admission et du séjour du patient au sein de l'établissement, des informations nominatives le concernant d'ordre administratif ou médical sont recueillies par le personnel. Elles font l'objet dans leur majorité de traitements par des moyens informatiques. Ces traitements sont mis en œuvrepar les différents services hospitaliers : le bureau des admissions ; le service de la facturation ; les services médicaux et médico-techniques. Ils peuvent également être mis en oeuvre par des partenaires du CH4V. L'établissement veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Les personnels en assurent la stricte confidentialité. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a pour but de veiller au respect de ces principes. Elle prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par le patient, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique. La commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions de cette loi. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'établissement et gérant des données nominatives doit être déclaré à la CNIL, avant d'être mis en exploitation.

Les dispositions principales sont reprises dans le livret d'accueil. Pour tout renseignement à ce sujet, les patients peuvent s'adresser à la direction.

Article 120. Réclamations et voies de recours

Articles R.1112- 91 et R.1112-92 du CSP

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de satisfaction, le patient ou ses ayants droit peuvent faire part directement au directeur de leurs observations et réclamations. Le directeur est tenu de leur donner les explications qu'ils sollicitent.

Le directeur accuse réception des demandes et réclamations présentées par écrit. Il donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer que par oral de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit.

Si un patient ou ses ayants droit estime avoir subi un préjudice dans le cadre de sa prise en charge par l'hôpital, il peut saisir le directeur de l'hôpital d'une réclamation en vue d'obtenir réparation.

Le directeur est tenu de lui faire connaître les voies de recours qui lui sont ouvertes.

Article 121. Médiateur médical et médiateur non médical

Articles R1112-81 et R1112-82 du CSP

Lorsque le directeur est saisi par écrit d'une plainte, un médiateur médecin ou non médecin peut être saisi pour rencontrer, informer et conseiller un usager qui s'estimerait victime d'un préjudice lié à son hospitalisation, ou son représentant légal, ou ses ayants droit.

Dans l'hypothèse ou un usager saisirait spontanément un médiateur, il appartiendrait à celui-ci d'en informer sans attendre le directeur.

Le médiateur médecin traite des plaintes ou réclamations qui mettent en cause exclusivement l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service. Le médiateur non médecin traite des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. En cas de demande de réponses relevant des deux médiateurs, ces derniers sont saisis simultanément.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le directeur parmi les médecins exerçant ou ayant exercé au sein du CH4V. Un suppléant est désigné dans les mêmes conditions.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le directeur parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement, à l'exception du responsable de la politique qualité, qui ne peut occuper cette fonction.

Le médiateur rencontre le patient, lorsque ce dernier en fait la demande. Il peut également rencontrer ses proches lorsqu'il l'estime utile ou à leur demande. Lorsqu'il souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès.

Les missions du médiateur sont :
- de compléter l'information, expliquer d'éventuels malentendus
- informer sur les modalités du recours gracieux
- indiquer au plaignant les voies de recours judiciaires possibles, si les démarches amiables ont échoué.

Le médiateur rend compte de son action au directeur, au président de la CME. Ce dernier transmettra à la CDU la plainte ou la réclamation éventuelle.

SECTION 3 – DONS DU SANG ET TRANSFUSIONS SANGUINES

Articles R.1221-17 à R.1221-67, R.1222, R.1223 et D.1221-6 à D.1221-16 du CSP

Article 122. Transfusions sanguines

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins pourront être transfusés avec des produits homologues fournis par l'établissement français du sang (EFS).

Au cours de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et, pour les majeurs protégés, à la personne qui exerce la tutelle.

Un suivi transfusionnel est effectué pour tout patient transfusé.

Article 123. Sécurité transfusionnelle

Les médecins doivent prescrire aux patients les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie. Ils doivent s'assurer que la nature et le numéro des produits effectivement administrés l'ont bien été aux patients auxquels ils étaient destinés et qu'ils ont été dûment enregistrés sur la fiche transfusionnelle de suivi.

Le sang, ses composants et leurs dérivés ne peuvent en aucun cas être distribués ni utilisés sans qu'aient été accomplies, au préalable, les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires.

Au cas où serait diagnostiquée, chez un patient, une pathologie susceptible d'être corrélée à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance de l'hôpital en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'établissement de transfusion fournisseur du produit sanguin, en lui spécifiant les références des produits administrés.

L'hôpital doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient dont il gère le dossier médical et qui est impliqué dans une enquête transfusionnelle bénéficie, dans un premier temps, des contrôles nécessaires et soit, par la suite, tenu informé de sa situation.

L'hôpital doit établir une fiche transfusionnelle pour chaque patient qui bénéficie d'une transfusion sanguine. Cette fiche est versée au dossier médical du patient.

SECTION 4 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECHERCHES BIOMEDICALES, AUX DONS ET AUX PRELEVEMENTS D'ELEMENTS DU CORPS HUMAIN

Articles L1211-2, L1232-2, L1241-6 et R1112-76 du CSP

Article 124. Dispositions spécifiques à la recherche biomédicale

Les médecins et les chirurgiens-dentistes peuvent proposer aux patients de participer à une recherche biomédicale.

La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société.

Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis du comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB).

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur ait informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues

par la loi pour les personnes majeures sous tutelle, sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, ainsi que celles hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique.

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.

Le directeur doit toujours être informé de la nature et des modalités des recherches entreprises. Sauf exception, il est cosignataire des conventions de recherche biomédicale dès lors qu'un médecin de l'établissement y participe.

Article 125. Modalités générales des prélèvements d'éléments du corps humain et de la collecte de ses produits

Le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits ne peuvent être pratiqués sans le consentement du donneur. Le consentement est révocable à tout moment.

Le consentement de la personne vivante sur laquelle peut être effectué un prélèvement d'organe en vue d'un don, est formalisé devant le tribunal de grande instance ou recueilli, en cas d'urgence, par le procureur de la République, dans les conditions définies par la loi. Ce consentement est révocable à tout moment et sans condition de forme.

Aucun prélèvement d'organe, de tissus, de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de dons ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale. Toutefois, un prélèvement de moelle osseuse peut être effectué sur un mineur au bénéfice de son frère ou de sa sœur avec les garanties et dans les conditions définies par la loi.

Par ailleurs, il est interdit aux parturientes de récupérer leur placenta après leur accouchement. Lorsqu'ils ne sont pas utilisés à des fins thérapeutiques et scientifiques, le placenta et le cordon sont des déchets opératoires qui doivent être incinérés en application de la réglementation relative aux déchets d'activités de soins à risques infectieux (articles R.1335-1 et suivants du CSP).

Article 126. Modalités générales des prélèvements à but scientifique et à but thérapeutique sur un patient décédé

Un prélèvement d'organes ou de tissus dans un but scientifique ou thérapeutique ne peut être pratiqué sur un patient décédé que dans le cas où celui-ci n'aurait pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement.

Les patients qui entendent s'opposer à un tel prélèvement peuvent faire connaître leur refus par tout moyen. Ils doivent être tenus informés du droit qui leur est ouvert d'exprimer ainsi leur refus et des modalités d'expression de ce refus. Ce dernier peut notamment résulter :

- de l'indication par le patient de sa volonté sur le registre national automatisé prévu à cet effet ;
- d'une déclaration orale émanant directement du patient ;
- d'un écrit (lettre, mention sur un document de toute nature) ;
- de la déclaration de toute personne ayant recueilli l'expression du refus du patient.

Si le médecin qui envisage d'effectuer un prélèvement n'a pas directement connaissance de la volonté du patient décédé, il doit s'efforcer de recueillir le témoignage de sa famille et consulter le registre national de refus.

Aucun prélèvement d'organe ne peut être effectué sans l'autorisation préalable du directeur ou, en cas d'empêchement ou d'absence, de l'administrateur de garde qui certifie ainsi qu'il n'a pas connaissance d'une opposition du patient.

CHAPITRE 5 – CONDITIONS DE SEJOUR DU PATIENT A L'HOPITAL

SECTION 1 – PRINCIPES REGISSANT LE SEJOUR

Article 127. Règles générales

Articles R.1112-49, R.1112-50 et R.1112-52 du CSP

La vie hospitalière requiert du patient le respect de certaines règles qui s'appliquent dans son intérêt propre et dans l'intérêt des autres patients.

Les patients doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres patients ou le fonctionnement du service.

Ils doivent observer une stricte hygiène corporelle. Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte de l'hôpital.

Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient pour motif disciplinaire.

Les patients peuvent se déplacer librement au sein de l'hôpital dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier.

Article 128. Respect de la personne et de son intimité

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

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

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

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

L'hôpital prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Article 129. Exercice des cultes et respect de la laïcité

Article R.1112-46 du CSP

Les patients doivent pouvoir participer à l'exercice du culte de leur choix. Les ministres des différents cultes, agréés par le directeur, sont à la disposition des patients, sur simple demande de leur part. La liste des représentants des différents cultes est affichée dans chaque service de soins.

L'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

Les modalités de respect de la laïcité au CH4V sont précisées dans une procédure.

Article 130. Autorisations de sortie au cours de l'hospitalisation

Article R.1112-56 du CSP

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé et de la longueur de leur séjour, bénéficier de permission de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de quarante-huit heures,.

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du responsable de la structure interne, par le directeur, sur le formulaire prévu à cet effet. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant doivent être notés dans le service.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'hôpital ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant, sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Pour les patients mineurs les autorisations de sortie sont décrites dans les dispositions du présent règlement relatives aux mineurs.

SECTION 2 – SERVICE SOCIAL

Article 131. Composition et missions du service social

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

Il est à la disposition des patients, des familles et des proches au sein de l'hôpital. Il participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge.

Les assistants de service social favorisent le maintien ou l'accès aux droits sociaux et participent à la régularisation des difficultés administratives ou juridiques.

Ils aident à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Ils préparent, en collaboration avec les autres intervenants, le maintien ou le retour à domicile.

Ils organisent l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée à la situation particulière des patients qui la nécessitent, en vue d'un séjour soit temporaire, soit de longue durée.

SECTION 3 – ACCES DES PERSONNES EXTERIEURES A L'HOPITAL

Article 132. Visites

Le droit aux visites s'exerce entre 13h et 20h.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement du service. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les salles ou les chambres de patients des médicaments, sauf accord exprès du médecin, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques de quelque nature qu'ils soient.

Il est veillé, dans l'intérêt du patient, à ce que ne lui soient pas remises des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec son régime alimentaire.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite. Le directeur peut décider de la reconduite du visiteur à l'extérieur et, si nécessaire, de son expulsion par la police.

Des repas à titre payant peuvent être servis aux accompagnants. Lorsque l'état du patient le justifie, un accompagnant peut être autorisé à dormir dans la chambre du patient moyennant l'acquittement d'un tarif forfaitaire.

Article 133. Stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein de l'hôpital doivent faire l'objet d'une convention entre l'établissement et 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.

Article 134. Associations de bénévoles

Articles L.1110-4, L.1110-11 et L1112-5 du CSP

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein de l'hôpital doivent, préalablement à leurs interventions, obtenir l'autorisation du directeur.

Les associations et leurs bénévoles agissent en collaboration avec les équipes soignantes et administratives. Ils contribuent à l'accueil et au soutien des personnes hospitalisées et de leur entourage. Ils s'engagent à ne pas interférer dans les soins et à respecter les règles de fonctionnement du CH4V.

Ils doivent être identifiés par un badge ou une tenue, mentionnant leur nom et l'intitulé de l'association au titre de laquelle ils interviennent.

Une convention définissant les conditions d'intervention de chaque association est signée conjointement par le directeur et un représentant de l'association.

Une charte du bénévole intervenant en service hospitalier est signée conjointement par le directeur et le bénévole.

Article 135. Accès des professionnels de la presse

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 information au directeur. Il est conditionné à une autorisation écrite du directeur, après avis du responsable de structure interne concerné.

L'accès des professionnels de la presse auprès du 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 sont prises sous l'entière responsabilité des professionnels de la presse ; le CH4V ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

Article 136. Gardes privées

L'autorisation d'avoir une garde privée doit être demandée par écrit par le patient ou sa famille. Elle est subordonnée au double accord du médecin chef de service et du directeur qui peuvent l'un ou l'autre, à tout moment, annuler cette décision.

La personne autorisée à se tenir en permanence auprès du patient ne doit effectuer aucun soin.

Les frais éventuels occasionnés par cette garde restent à la charge du demandeur. Cette précision doit être mentionnée sur l'autorisation.

Article 137. Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs

L'accès au sein de l'hôpital des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation écrite du directeur.

S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement reconduits à l'extérieur ou si nécessaire exclus.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur de l'hôpital. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

Article 138. Intervention d'un notaire

Quand un patient hospitalisé sollicite l'intervention d'un notaire, celui-ci peut se rendre auprès du patient, quel que soit son état de santé, sans avoir à demander l'autorisation de la direction. Il lui appartient d'apprécier, sous sa responsabilité, la capacité de son client à accomplir des actes juridiques. Tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

SECTION 4 – REGLES DIVERSES

Article 139. Dépôt des objets de valeur

Articles L.1113-1 à L.1113-10, R.1113-1 à R.1113-9 du CSP
Voir l'articulation avec l'article relatif à l'inventaire à l'admission

Le patient ou ses représentants légaux est informé oralement et par écrit du régime de responsabilité de l'établissement en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été déposé ou non, conformément aux dispositions de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993.

Le patient est invité à n'apporter à l'hôpital que les objets strictement utiles à son hospitalisation. Le cas échéant, une procédure prévoit les principes suivants : les objets de valeur détenus par le patient sont recensés dans un formulaire de dépôt et déposés au coffre présent au bureau des admissions. Ces objets sont retirés par le patient ou un membre de sa famille dûment mandaté. En cas de décès, ces objets entrent dans sa succession.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, l'hôpital est responsable de plein droit de la perte ou de la détérioration de ces objets, dans les conditions fixées par la règlementation. La responsabilité de l'hôpital n'est pas engagée pour les pertes ou dégradations d'objets non déposés ou dont il n'a pas assuré la garde, lorsqu'une information orale et écrite a été donnée au patient.

Les objets déposés dans les coffres individuels des chambres sont considérés comme conservés par le patient et ne relèvent donc pas de la responsabilité de l'hôpital, à l'exception des biens dont la nature justifie la détention par le patient (ex : prothèses auditives et dentaires, lunettes…). Dans ce cas, et sous réserve de la réalisation d'un inventaire, la responsabilité de l'hôpital est engagée.

Article 140. Droits civiques

Article R72 du code électoral ; Article 75 du code civil

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. Les officiers et agents de police judiciaire compétents pour établir les procurations, ou les délégués des officiers de police judiciaire, se déplacent à la demande des personnes qui, en raison de maladies ou d'infirmités graves, ne peuvent manifestement comparaître devant eux.

Un mariage peut être célébré à l'hôpital dans deux situations :

- en cas d'empêchement grave, sur réquisition du procureur de la République autorisant l'officier d'état civil de se transporter à l'hôpital pour célébrer le mariage d'une personne hospitalisée.
- en cas de péril imminent de mort de l'un des futurs époux, l'officier d'état-civil de la commune peut se transporter à l'hôpital avant toute réquisition ou autorisation du procureur de la République, auquel il devra ensuite, dans un délai court, rendre compte de la nécessité de cette célébration hors de la maison commune.

Article 141. Prestataires de services au sein de l'hôpital

Le directeur établit la liste des prestations de service proposées aux patients au sein de l'hôpital et en définit les conditions d'accès et d'exploitation.

Il veille à ce que l'ensemble de ces prestations soit mentionné dans le livret d'accueil.

Article 142. Effets personnels

Les patients doivent prévoir pour leur séjour à l'hôpital du linge personnel, un nécessaire de toilette et une boîte pour les lunettes et prothèses afin de prévenir toute perte.

L'entretien du linge personnel n'incombe pas à l'hôpital. En cas de nécessité et en fonction des possibilités, l'hôpital met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés.

Article 143. Courrier

Article R.1112-53 du CSP

Le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toutes les opérations postales. La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et organisée au sein du service par le cadre. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement aux intéressés par le vaguemestre.

Article 144. Cafétéria et point presse

Une cafétéria et un point presse sont installés dans le hall d'accueil à l'exception des sites de Lelégard et Boulogne. Ils offrent une restauration rapide, ainsi que la presse quotidienne et hebdomadaire. Leurs horaires et modalités de fonctionnement sont indiqués dans le livret d'accueil du patient.

Article 145. Téléphone, télévision, Internet

Une ligne téléphonique est mise à la disposition des patients à titre payant. Sa mise en service est assurée au bureau des admissions.

Les chambres sont équipées de postes de télévision. La souscription à un abonnement s'effectue auprès du personnel de la cafétéria.

Le wi-fi est accessible dans les chambres à titre payant. L'accès à ce service est géré par le service de conciergerie assuré par un partenaire du CH4V. Leurs stands sont installés dans les halls d'accueil des sites de Sèvres et Saint-Cloud.

CHAPITRE 6 – SORTIE DES PATIENTS

Article 146. Compétence du directeur en matière de sortie

Article R.1112-58 du CSP

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes les dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas.

Dans l'hypothèse d'un patient ou d'une famille refusant la décision de sortie prononcée par le directeur, les tarifs journaliers de prestations fixés par arrêté du directeur général de l'ARS ainsi que le forfait journalier seront à la charge de la personne hospitalisée.

Article 147. Modalités de la sortie

- **Bulletin de sortie**

Articles R.1112-59 et R 1112-61 du CSP

La sortie donne lieu à la remise d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne comporte ni diagnostic, ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

- **Continuité des soins**

Article R.1112-61 du CSP ; Articles R1112-1-1 créé par le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

Lors de la sortie, une lettre de liaison, rédigée par le médecin du CH4V qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits.

- **Information du médecin traitant**

Article R.1112-60 du CSP ; Articles R1112-1-2 créé par le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

Lors de la sortie, la lettre de liaison rédigée par le médecin du CH4V qui a pris en charge le patient est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé.

- **Transport**

Article R.1112-66 du CSP

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire par ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Le patient a le libre choix de la compagnie d'ambulances parmi celles figurant sur la liste des entreprises de transport en ambulance agréées du département. L'imprimé de prescription permet le remboursement du transport par la Sécurité Sociale.

- **Evaluation de la satisfaction du patient**

Article R.1112-67 du CSP

Tout patient reçoit un questionnaire de sortie destiné à recueillir ses appréciations et observations. Il peut déposer ce questionnaire auprès du cadre de santé du service ou dans les boîtes aux lettres prévues à cet effet dans les services.

Le CH4V participe également à la démarche de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés proposée par le ministère en charge de la santé. Le dispositif e-Satis permet l'envoi automatisé d'un mail au patient contenant un lien unique, individuel et sécurisé pour se connecter au questionnaire e-Satis en ligne.

Article 148. Sortie contre avis médical

Articles L.1111-4, R.1112-43 et R.1112-62 du CSP

Les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'hôpital.

Toutefois, si le médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, le patient doit alors signer une attestation de refus de soins consignant sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer ce document, un procès-verbal est établi et signé par deux soignants ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable du service peut saisir le procureur de la république afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires.

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

Article 149. Sortie à l'insu du service

Si un patient quitte l'hôpital sans prévenir et que les recherches entreprises pour le retrouver demeurent vaines, le directeur ou son représentant dûment habilité doit prévenir la police s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

L'établissement dispose d'une procédure relative à la disparition d'un patient.

Article 150. Sortie des nouveau-nés

Article R.1112-65 du CSP

L'enfant quitte l'hôpital en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés ou en cas de force majeure. Ces cas sont constatés par le médecin responsable du service.

Article 151. Sortie disciplinaire

Article R.1112-49 du CSP

La sortie des patients peut, hors les cas où leur état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des patients dans un autre service ou dans un autre établissement.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient afin d'assurer la continuité des soins.

CHAPITRE 7 – FRAIS DE SEJOUR ET VENTE DE MEDICAMENTS

Article 152. Principe du paiement

Toute journée d'hospitalisation est facturée. La part non prise en charge par la sécurité sociale est à régler par le patient au CH4V ou au Trésor Public dès réception de la facture. Elle peut être prise en charge par l'organisme d'assurance maladie complémentaire du patient selon les modalités inscrites sur son contrat.

Article 153. Tarifs des prestations

Article L.174-3 du code de la sécurité sociale

Les tarifs des prestations sont fixés annuellement chaque année par arrêté de l'ARS et peuvent être révisés en cours d'exercice.

Article 154. Forfait journalier

Article L.174-4 du code de la sécurité sociale

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une contribution forfaitaire du patient à ses frais de séjour.

Le forfait journalier n'est pas compris dans les tarifs de prestations : il est toujours facturable en sus.

Il obéit à des règles particulières de facturation qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour.

Article 155. Régime particulier

Conformément à la réglementation, l'installation dans une chambre particulière, à la demande du patient ou de ses proches, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, donne lieu au paiement d'un supplément qui peut être pris en charge par la mutuelle mais en aucun cas par l'assurance maladie.

L'accès à une chambre particulière est géré par le service de conciergerie assuré par un partenaire du CH4V. Leurs stands sont installés dans les halls d'accueil des sites de Sèvres et Saint-Cloud.

Article 156. Paiement des frais de séjour et provisions

Le paiement est obligatoire avant la sortie de l'hôpital.

Dans le cas où les frais de séjour ne sont pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable doivent souscrire un engagement de payer les frais de séjour dès l'admission.

Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée au sein de l'hôpital une provision renouvelable, calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la facturation dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les patients étrangers non résidents sont tenus au dépôt d'une provision égale à la totalité des frais prévisibles de leur hospitalisation.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la trésorerie exerce des poursuites contre les patients, leurs débiteurs ou les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Article 157. Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les patients sont facturables sur la base d'un tarif annuel.

Cependant, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant et d'un petit-déjeuner ne donne pas lieu à facturation dans les cas prévus par la procédure sur l'accueil des accompagnants :
- les proches d'un patient en fin de vie
- l'accompagnant d'une patiente ayant subi une I.M.G.
- l'accompagnant d'une patiente ayant fait une fausse couche

Article 158. Vente de médicaments de la réserve hospitalière et rétrocession

La pharmacie à usage intérieur du CH4V peut procéder à la rétrocession, c'est-à-dire à la vente de médicaments uniquement disponibles en pharmacie hospitalière à des patients de ville.

Les patients, qui ont une prescription spécifique pour se voir délivrer ces médicaments de la réserve hospitalière, doivent se rendre sur le site de Saint-Cloud de la pharmacie à usage intérieur du CH4V.

CHAPITRE 8 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES ET DECES

SECTION 1 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES

Article 159. Déclaration de naissance

Article 55 du code civil modifié par la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle et article 56 du code civil

La déclaration de la naissance d'enfants au sein du CH4V est impérativement effectuée par le père ou la mère auprès de l'état civil dans les cinq jours après l'accouchement.

Article 160. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

Article 79-1 du code civil ; Article R1112-72 du CSP

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable en indiquant les dates et heures de sa naissance et de son décès. L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès.

En l'absence de certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable, l'officier d'état civil établit un acte d'enfant sans vie, inscrit sur les registre de décès. La délivrance d'un acte d'enfant sans vie est conditionnée à la production d'un certificat médical d'accouchement.

La déclaration d'enfant sans vie est enregistrée sur le cahier d'accouchement et le registre des décès de l'hôpital.

Article 161. Déclaration de décès d'enfant sans vie

Article 79-1 du code civil

La déclaration d'enfant né sans vie est établie lorsqu'il n'est pas avéré que l'enfant est né vivant et viable au moment de l'accouchement. Cette déclaration est inscrite à sa date sur les registres de décès et il énonce les jour, heure et lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant.

SECTION 2 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES

Article 162. Patient en fin de vie

L.1110-5 à L.1110-5-3, L1111-10 et L1111-13 du CSP

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés. Ces actes ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient. Si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, une telle décision est prise par le médecin après avoir respecté la procédure collégiale réglementaire et consulté la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. La décision est inscrite dans le dossier médical.

A la demande d'un patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable et voulant éviter toute souffrance, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre.

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs, qui sont des soins actifs et continus visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Une procédure collégiale dans le cadre de la fin de vie est prévue au sein de l'établissement.

Article 163. Directives anticipées

Articles L1111-4 et L1111-11du CSP

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux.

Les directives anticipées doivent se présenter sous la forme d'un document écrit, daté et signé, sans limitation de temps et sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen.

Les directives anticipés 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. Dans ce cas c'est une procédure collégiale qui s'impose et qui est tracée dans le dossier avec en complément participation ou au moins information de la personne de confiance ou à défaut, de la famille ou à défaut, des proches

Il appartient au médecin de s'enquérir de l'existence éventuelle de directives anticipées auprès de la personne de confiance, la famille ou les proches et auprès du médecin traitant et du médecin « adresseur ».

L'établissement dispose d'une procédure et d'une fiche de recueil des directives anticipées.

Article 164. Attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et qu'il est en danger de mort, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent du service dûment habilité et par tout moyen approprié, de l'aggravation de son état.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle du service.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants ; ils peuvent prendre leur repas au sein de l'hôpital et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par l'hôpital d'un lit d'accompagnant et d'un petit déjeuner ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par l'hôpital sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

Article 165. Constat du décès

Article 80 du code civil ; Articles R 1112-70 et R 1112-71 du CSP

Le décès est constaté par un médecin. Il établit un certificat de décès suivant la constatation du décès. Ce certificat est transmis dans les meilleurs délais au bureau des admissions, qui s'assure de son adressage à la mairie dans les vingt-quatre heures suivant le décès.

Article 166. Notification du décès

Article R.1112-69 du CSP

Une notification du décès est faite :
- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au directeur de ce service
- 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 gardienne du mineur
- pour les majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale, au représentant légal
- pour les personnes non identifiées, aux services de police

Article 167. Indices de mort violente ou suspecte

Article 81 du code civil et article R.1112-73 du CSP

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le directeur, prévenu par le médecin responsable de structure, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire.

Article 168. Formalités entourant le décès

Article R2223-93 du code général des collectivités territoriales

Dès que le décès est constaté, le service de soins procède à la toilette du patient décédé avec toutes les précautions convenables et dans le respect de ses croyances.

Le personnel infirmier :
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc., que possédait le patient décédé
- vérifie la lisibilité du bracelet d'identification
- renseigne et signe la fiche de liaison destinée à la chambre mortuaire

Le défunt doit être gardé au minimum 2h après le décès au sein de l'unité et au maximum 10h. Dans le respect de ces consignes, le défunt est transféré au reposoir avant son transfert vers la chambre mortuaire.

L'agent de la chambre mortuaire doit, pour sa part, renseigner :
- le registre de transferts des reposoirs à la chambre mortuaire
- le registre de sorties de la chambre mortuaire
- le registre de suivi des fœtus et des enfants sans vie

Article 169. Dépôt des corps à la chambre mortuaire

Article R2223-89 à R2223-91 et suivants du code général des collectivités territoriales
Règlement intérieur de la chambre mortuaire de l'établissement

Le défunt est transféré à la chambre mortuaire dans un délai de 48h.

L'admission dans la chambre mortuaire est effectuée prés la signature du certificat de décès par un médecin du service, accompagné de la fiche de liaison institutionnelle.

Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences.

Avant toute présentation, les agents de l'hôpital et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits de leurs membres, s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire de l'hôpital du corps d'une personne qui y est décédée sont payants à partir du quatrième jour suivant le décès.

La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur particulier qui est affiché à la vue du public, dans les locaux de la chambre mortuaire destinés à l'accueil des familles.

Article 170. Mesures de police sanitaire

Article R.1112-74 du CSP

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, les ayants droits ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets.

Article 171. Transport de corps avant mise en bière

Articles R 2213-7 à R 2213-11 du code général des collectivités territoriales

Le transport avant mise en bière du corps d'une personne décédée au CH4V vers la résidence du défunt, d'un membre de sa famille ou une chambre funéraire doit être autorisé par la mairie.

L'autorisation est subordonnée :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile
- à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne
- à l'accord écrit du médecin hospitalier responsable du patient
- à l'accord écrit du directeur
- à l'accompagnement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code civil relatifs aux déclarations de décès

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

- le décès soulève un problème médico-légal
- le défunt était atteint, au moment de décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du ministre de la Santé.

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

Le transport doit être effectué et terminé dans un délai maximum de 24h à compter du décès ou de 48h si des soins de conservation ont été effectués. Les transports sont assurés par des véhicules agréés.

Lorsque le transfert avant mise en bière s'effectue vers une chambre mortuaire située sur le territoire d'une autre commune, le maire de celle-ci reçoit sans délai copie de l'accord du directeur de l'établissement.

Article 172. Mise en bière et transport après mise en bière

Articles R2213-15 et suivants du code général des collectivités territoriales

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

La fermeture du cercueil est autorisée par un officier d'état-civil du lieu du décès ou par l'officier d'état civil du lieu de dépôt. Cette autorisation est délivrée sur production du certificat de décès établi par le médecin ayant constaté le décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Après accomplissement de ces formalités et de celles prévues par les articles 78 et suivants du code civil concernant la déclaration de décès et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil.

Article 173. Opérations funéraires et libre choix des opérateurs funéraires

Articles R2223-32 et R. 2223-71 du code général des collectivités territoriales

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

Le CH4V tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations de service des pompes funèbres. L'agent de la chambre mortuaire tient à disposition des familles la liste des opérateurs funéraires du département afin que les familles puissent librement effectuer leur choix.

La famille ou les proches disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement ou de l'enfant déclaré sans vie.

En cas de non réclamation du corps dans un délai de dix jours, l'hôpital dispose de deux jours francs pour
- faire procéder à l'inhumation du défunt dans les conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci. En l'absence de ressources suffisantes, l'hôpital applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation s'effectue en accord avec l'autorité militaire compétente.
- prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des régies et entreprises funéraires.

Article 174. Don du corps

Article R2213-13 du code général des collectivités territoriales

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main.

La démarche de don peut être entreprise auprès d'un établissement de soins, d'enseignement et de recherche acceptant les dons de corps. En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été daté et signé par le défunt.

La volonté de don peut aussi s'exprimer à destination d'un autre établissement d'hospitalisation ou, sans précision, sur un papier libre qui doit obligatoirement porter le nom de la personne concernée, sa signature et la date de rédaction.

Pour être valable, un éventuel document d'annulation doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement à la donation, par la personne décédée.

Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès.

Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 24h entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination. Ce délai peut atteindre 48 heures si un équipement permettant la conservation du corps est utilisé.

Article 175. Objets abandonnés ou déposés par le défunt

Articles L1113-6 et L1113-7 du CSP

L'inventaire de tous les objets de valeur que possédait le défunt est dressé par deux personnes dont un cadre de santé ou une infirmière.

Les objets sont remis au bureau des admissions qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. 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.

Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la caisse des dépôts et de consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente.

Le service des Domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété du CH4V.

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par l'hôpital, en qualité de dépositaire, pendant une durée de cinq ans après le décès des intéressés. A l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits.

Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au trésor public, cinq ans après la cession par le service des Domaines ou la remise à la caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu dans l'intervalle de réclamation de la part des héritiers du patient décédé ou de ses créanciers.

Ces dispositions sont portées à la connaissance des héritiers, s'ils sont identifiés, six mois au moins, avant la remise des objets par le CH4V au service des Domaines ou à la caisse des dépôts et consignations.

Article 176. Liberté des funérailles, dispositions testamentaires

Article 909 du code civil

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu. Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CH4V. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Le CH4V respectera scrupuleusement leurs volontés.

Les administrateurs, médecins et agents de l'hôpital ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein de l'hôpital. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt pour les libéralités faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

En vertu des dispositions de l'article 909 du code civil, seules sont exceptées :

- les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus ;
- les dispositions universelles, dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe ; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même du nombre de ces héritiers.

Annexe I : Liste des règlements intérieurs spécifiques

Organisme	Date d'actualisation
Commission de surveillance de distribution des gaz à usage médical	21-juin-17
Comité technique d'établissement	20-juin-17
Conseil de la vie sociale	19-juin-17
Commission des usagers	22-juin-17
Unité d'accueil et d'urgences	24-mars-17
Chambre mortuaire	févr-17
Conseil de surveillance	Sera actualisé en 2017
Commission de l'organisation de la permanence des soins	26-sept-16
GCS Imagerie CH4V	12-sept-16
Hôpital de jour	mai-16
Chirurgie	11-avr-16
Laboratoire (Manuel qualité)	avr-16
Archives médicales	avr-16
Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	11-déc-15
Commission des anti-infectieux	12-mai-15
Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles	12-mai-15
Hôpital de jour d'addictologie	mai-15
Bloc opératoire	févr-15
Néonatologie	févr-15
Bloc obstétrical	févr-15
Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction	06-janv-15
Equipe de lutte contre les infections associées aux soins	janv-15
Assistance médicale à la procréation	10-déc-13
Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail	20-juin-13
Bloc externe	mars-13
Hémodialyse	déc-12
SSR gériatrique polyvalent	sept-12
Accueil de jour	juin-12
Règlements de fonctionnement des EHPAD et de l'USLD	mars-12
Commission médicale d'établissement	23-nov-11
Crèche	27-oct-10
Département d'information médicale	24-nov-09

ANNEXE II : Règlement intérieur du conseil de surveillance

Missions

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

Il délibère sur :

- Le projet d'établissement
- Le compte financier et l'affectation des résultats
- Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé.
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

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

Il communique au directeur général de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.) ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement. Le Conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (budget) ainsi que sur le programme d'investissement.

Composition

Le Conseil de surveillance du Centre hospitalier des Quatre Villes est composé de quinze membres, répartis en trois collèges de cinq membres chacun.

Fonctionnement

Le Président du Conseil de surveillance est élu pour 5 ans parmi les membres des collèges des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées.

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

Le Conseil de surveillance se réunit au moins 4 fois par an sauf si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur. Les séances ne sont pas publiques.

Il ne délibère valablement que si la moitié au moins des membres assiste à la séance.

Le secrétariat est assuré par la direction de l'établissement.

Annexe III : Règlement intérieur de la commission médicale d'établissement

I - ATTRIBUTIONS

(Articles R 6144-1 à R 6144-6 du Code de la Santé Publique)

1 – Attribution générale

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

« 1° Le projet médical de l'établissement ;

« 2° Le projet d'établissement ;

« 3° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;

« 4° Le règlement intérieur de l'établissement ;

« 5° Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux ;

« 6° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

« 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;

« 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;

« 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.

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

« 1° L'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats ;

« 2° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement ;

« 3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;

« 4° Les contrats de pôles ;

« 5° Le bilan annuel des tableaux de service ;

« 6° La politique de recrutement des emplois médicaux ;

« 7° L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir ;

« 8° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« 9° L'organisation interne de l'établissement.

« 10° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

2 - Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

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

« 1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;

« 2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;

« 3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;

« 4° La prise en charge de la douleur ;

« 5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

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

« 1° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;

« 2° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;

« 3° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;

« 4° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;

« 5° L'organisation des parcours de soins.

♦ La commission médicale d'établissement :

« 1° **Propose** au directeur le programme d'actions mentionné à l'article L. 6144-1. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2.

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

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

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

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

II - COMPOSITION

2-1 – Désignation des disciplines représentatives à la CME

Le Directoire définit la répartition des différentes disciplines représentatives à la CME, après avis de son Président.

2-2 – Désignation de 19 membres

COLLEGE A :
Les chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement de l'ensemble de l'établissement ;

COLLEGE B :
14 représentants élus parmi les

- chefs de service, ou responsables des structures internes, ou unités fonctionnelles

- ou praticiens titulaires

- ou Praticiens contractuels ou assistants

- ou Praticiens attachés et Praticiens attachés associés exerçant au moins 6 demi-journées hebdomadaires)

COLLEGE C :
1 représentant des internes de médecine générale, de médecine des autres spécialités.

Le représentant des internes est désigné tous les six mois à chaque début de stage. Il est nommé par le président du directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.

COLLEGE D :
2 représentants élus des sages-femmes,

Les pharmaciens hospitaliers sont représentés à la CME par le pharmacien responsable de la PUI.

— Assistent en outre avec voix consultative :

1° Le président du directoire ou son représentant ;

2° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

3° Le praticien responsable de l'information médicale ;

4° Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;

5° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

6° Le président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix, notamment l'équipe de direction et la Responsable des Affaires Médicales.

2-3 - Organisation des élections

Les élections prévues à l'article R. 6144-4 susvisé sont organisées par le directeur général de l'établissement.

Les électeurs sont convoqués à une date fixée après avis du président de la commission médicale d'établissement en exercice et du Directoire.

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

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque collège de représentants élus par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.

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

Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué, ne donnant pas lieu à des candidatures distinctes.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage.

2- 4 – Désignation des électeurs

Sont électeurs pour chaque collège de représentants désignés par voie d'élection mentionnés à l'article 2-2, les personnels se trouvant en position d'activité ou de congés à la date de clôture définitive de la liste :

- Chefs de service ou Responsables des structures internes ou unités fonctionnelles désignés par le Directeur Général et le Président de la CME, sur proposition du Responsable de Pôle,

- Praticiens Hospitaliers titulaires plein temps et temps partiel régis par leur statut, y compris en période probatoire, sauf ceux en congé longue durée.

- Praticiens Contractuels régis par leur statut,

- Assistants et Praticiens Attachés et associés exerçant 6 demi-journées de présence Hebdomadaires, ayant plus de trois mois d'ancienneté.

- Sages-femmes titulaires et contractuels(les) permanents(es)

2-5 – Listes des électeurs et éligibles

La liste des électeurs est établie par service ou groupe de services.
Les personnels inscrits sur la liste électorale sont éligibles au titre du service ou groupe de service concernés.

2-6 – Affichage des listes

Les listes mentionnées à l'article 2-5 sont arrêtées par le directeur général de l'établissement et affichées simultanément pendant huit jours, un mois au moins avant la date fixée pour le scrutin.

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

A l'expiration du délai d'affichage prévu au premier alinéa du présent article, les listes sont définitivement closes.

2-7 – Déclarations de candidature

Les déclarations de candidature, dûment signées, comportent l'indication des noms, prénoms, service ou groupe de services et collège au titre desquels se présentent les intéressés.

Elles sont adressées ou remises au directeur général de l'établissement, **quinze jours au moins avant la date fixée pour le scrutin, le cachet de la poste** ou le récépissé de dépôt à la direction, en cas de remise en main propre, faisant foi.

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

Tout praticien relevant du collège B dont le transfert de service ou groupe de services, aura été accordé avant la date du scrutin, pour une date effective après le scrutin, figurera d'emblée dans ce nouveau service.

Le directeur général de l'établissement arrête la liste des candidats par collège et services ou

groupes de services. Elle est affichée immédiatement.

2-8 – Procédure d'élections

Les bulletins de vote et les enveloppes sont mis à la disposition des électeurs par la direction de l'établissement. Le vote par correspondance est recommandé afin d'éviter les déplacements entre les sites.

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

Les électeurs votant par correspondance doivent placer cette enveloppe dans une enveloppe cachetée mentionnant leur identité ainsi que le collège et le service au titre duquel le vote est émis. Cette enveloppe est adressée par voie postale ou remise au directeur général de l'établissement. Elle doit parvenir au bureau de vote, la veille à minuit, de la clôture du scrutin. Le directeur général tient un registre des votes par correspondance.

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

2-9 – Dépouillement du scrutin

Le dépouillement du scrutin a lieu au siège de la direction de l'établissement en présence du président de la commission médicale d'établissement en exercice et de deux candidats désignés par voie de tirage au sort.

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

Sont considérés comme nuls les bulletins comportant plus de noms que de membres à élire, les bulletins blancs, les bulletins ou enveloppes portant des signes de reconnaissance et les bulletins portant le nom de candidats ne correspondant pas à la discipline de l'électeur ou le nom de personnes ne figurant pas sur la liste des candidats.

Les élections ont lieu au scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

- Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Le plus grand nombre de voix obtenu est recueilli afin d'obtenir au total 14 représentants élus du 2° de l'article 2.
Les voix suivantes correspondent aux suppléants départagés au nombre de voix.

- Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

Au premier et au second tour, si plusieurs candidats ont obtenu un nombre égal de voix leur permettant de prétendre à un même siège de titulaire ou de suppléant, l'élection est acquise au plus âgé.

2-10 – Résultat des élections

Un procès-verbal des opérations électorales est établi pour chaque tour de scrutin. Il est affiché immédiatement et pendant **six jours francs** au cours desquels les éventuelles réclamations sur la validité des opérations électorales sont adressées au directeur général ou au directeur de l'établissement.

A l'expiration de ce délai, le directeur général de l'établissement proclame les résultats du

scrutin et convoque les membres de la commission médicale d'établissement en vue de l'élection de son président.

2-11 – Remplacement d'un membre titulaire

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

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

En l'absence d'autre membre suppléant dans le service considéré, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans des conditions prévues par le règlement intérieur de l'établissement.

III - Elections du Président et du Vice-Président

La commission médicale d'établissement élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires.
Les déclarations de candidature ont lieu en séance.

L'ensemble des membres de la CME vote au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tour est organisé. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.
Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

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

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

Les fonctions de président et de vice-président de la commission médicale d'établissement sont compatibles avec les fonctions de chef de pôle.

IV – Fonctionnement de la CME

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

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

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

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

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

- sur demande du Président de la CME, du Président du Directoire et de tout autre membre en accord avec le Président de la CME.

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

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

Annexe IV : Règlement intérieur du comité technique d'établissement

Texte de référence :

Code de la Santé Publique, Section II – Section III

Décret n° 2014-822 du 18 juillet 2014 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé

COMPOSITION

Sa composition réglementaire est fixée, en fonction de l'effectif de l'établissement, à 12 membres titulaires et 12 membres suppléants :

- La présidence est assurée par le Directeur ou son représentant.
- Des représentants du personnel dans un collège unique.
- 1 Représentant désigné par la Commission Médicale d'Etablissement

ARTICLE 1

ROLES, MISSIONS ET ATTRIBUTIONS (Article L 6144-40)

1 - Le Comité Technique d'Etablissement est obligatoirement consulté sur :

1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L 6143-1 et sur le plan de redressement présenté par le président du Directoire à l'ARS, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L 6143-7

2° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel

3° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation, ainsi que sur le plan de développement professionnel continu

4° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité

5° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social

6° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

7° Le règlement intérieur de l'établissement

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

ARTICLE 2

Le CTE élit un secrétaire parmi les membres titulaires.

Le CTE désigne par élection, parmi les membres titulaires, un représentant pour assister à la CME avec voix consultative.

FONCTIONNEMENT

Le quorum s'établit à l'ouverture de la séance (6 membres).

Le comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents à l'ouverture de la séance.

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 8 jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents. Il ne peut alors être fait application des dispositions prévues à l'article R 6144-74 :
"Le comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote.
En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.
Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des représentants du personnel, membres du comité, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et supérieur à trente jours. La convocation est adressée dans un délai de huit jours aux membres du comité.
Le comité siège alors valablement quel que soit le nombre de membres présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure".

ARTICLE 3

L'ordre du jour est fixé par le Président.

Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du Comité Technique d'Etablissement dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

ARTICLE 4

CONVOCATION

Les réunions du Comité Technique d'Etablissement ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Dans ce dernier cas, le Comité doit être réuni dans un délai de 15 jours à compter du jour de réception de la demande.
Le Comité se réunit au moins une fois par trimestre.

ARTICLE 5

Le Président convoque les membres titulaires.
La convocation doit être accompagnée de l'ordre du jour au moins 15 jours avant la date de la réunion.

Lorsqu'un représentant titulaire est dans l'impossibilité d'assister à une réunion du Comité, il peut être remplacé par l'un quelconque des suppléants figurant sur la liste au titre de laquelle il a été élu. Il a alors voix délibérative.

ARTICLE 6

Le président du comité, en sa qualité de chef d'établissement, peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que ce ou ces derniers ne puissent prendre part aux votes.

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

Si les experts sont de par leur fonction des agents de l'établissement, le temps de la séance sera pris sur leur temps de travail après en avoir averti leur responsable de service. S'ils étaient en repos ce jour-là, le temps passé en trajet et en séance sera récupéré.

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

ARTICLE 7

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

ARTICLE 8

Toutes facilités doivent être données aux membres du Comité pour exercer leurs fonctions.

Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions 15 jours avant la date de la séance.

ARTICLE 9

Déroulement des séances

Le président est chargé de veiller à l'application des dispositions réglementaires auxquelles sont soumises les délibérations du Comité ainsi qu'à l'application du présent règlement intérieur.
D'une façon générale, il est chargé d'assurer la bonne tenue des réunions.
Les séances du comité technique ne sont pas publiques.

ARTICLE 10

SECRETARIAT ET PROCES VERBAUX

Le procès verbal, signé par le Président et le secrétaire est transmis dans un délai de 30 jours aux membres titulaires et aux suppléants.

Les avis ou vœux, émis par le Comité, sont portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur, à la connaissance du personnel de l'établissement dans un délai de 15 jours.

ARTICLE 11

Le Comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés.

Le vote a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret.

Le Président ne prend pas part au vote.

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

Les avis et les vœux, émis par le Comité, sont portés par le Président à la connaissance du Conseil de Surveillance de l'Etablissement.

ARTICLE 12

Le Président prononce la clôture de la réunion après épuisement de l'ordre du jour.

ARTICLE 13

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

ARTICLE 14

Conformément à l'article 5 du présent règlement et au décret n°86-660 du 19 mars 1986 en son article 15, les membres du comité bénéficie pour accomplir leurs fonctions, d'autorisation

spéciale d'absence dont la durée globale est fixée à la durée réelle de la réunion et comprend aussi un temps de préparation égal au double de la durée réelle de la réunion.

ARTICLE 15

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du Comité sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.
Les questions, interventions ou débats relatives à des cas individuels sont soumis à la plus stricte confidentialité.

ARTICLE 16

Un exemplaire du présent règlement sera remis à chacun des membres titulaires et suppléants du Comité Technique d'Etablissement.

ARTICLE 17

Le présent règlement intérieur pourra être modifié en fonction de l'évolution de la réglementation.

Annexe V : Règlement intérieur de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

■ Article 1 : Composition – ArticleR.6146-52 II

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les corps, grades ou emplois hiérarchiquement équivalents des personnels de la commission sont répartis en trois groupes ainsi qu'il suit :

1°) – Groupe des cadres de santé : (3 membres)
2°) – Groupe des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques : (4 membres)
3°) – Groupe des aides-soignants : (1 membre)

Le règlement intérieur de l'établissement fixe le nombre de membres de la commission dans les conditions suivantes :

1°) – La commission compte 8 membres titulaires et 8 membres suppléants.

■ Article 2 : Mode de désignation – ArticleR.6146-52

Les membres de la commission sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés à l'article 1.

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

La liste des électeurs répartis par groupe et collège est affichée 1 mois avant la date du scrutin sur des panneaux situés dans chaque bâtiment de l'établissement.
La liste peut être modifiée conformément à l'article R.6146.52 en fonction des mouvements de personnel constatés par la Direction des Ressources Humaines.

■ Article 3 : Candidatures – ArticleR.6146-52 I

Les membres des différents groupes sont élus parmi les agents figurant sur la liste des électeurs ayant fait acte de candidature par courrier auprès du Directeur de l'établissement, au moins un mois avant la date du scurtin et à défaut sur la liste des électeurs éligibles.
A défaut de candidature, le vote s'effectue sur l'ensemble des agents éligibles figurant sur la liste des électeurs.

■ Article 4 : Membres titulaires et Mandat – ArticleR.6146-53 II

La désignation des membres titulaires est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.
En cas d'égalité dans le nombre de voix obtenues, est désigné le candidat le plus âgé.
La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

■ Article 5 : Suppléance – ArticleR.6146-52 I et ArticleR.6146-53

Outre les membres titulaires élus, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques comporte des membres suppléants. Ceux-ci sont désignés dans les mêmes conditions que les membres titulaires.

Sont désignés suppléants, dans la limite inférieure ou égale au nombre de sièges à pourvoir par collège, les agents éligibles selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues et succédant immédiatement au dernier membre titulaire élu. En cas d'égalité, les règles applicables aux membres titulaires sont applicables aux membres suppléants.
Un suppléant est appelé à siéger avec voix de délibération, lorsqu'un membre titulaire est momentanément empêché. Ce dernier en informe le Président de la commission à réception de la convocation. Le Président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques procède alors au remplacement du titulaire empêché par le suppléant appartenant au même collège et ayant obtenu le plus grand nombre de voix.
En cas de cessation anticipée du mandat d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé, pour la durée du mandat en cours, par le suppléant qui a obtenu le plus grand nombres de voix au sein du même collège.

■ Article 6 : Modalités de scrutin – ArticleR.6146-54

La date de l'élection est fixée par le Directeur de l'établissement.
Les modalités du scrutin sont portées à la connaissance des personnels concernés par note de service, signée du Directeur de l'établissement, un mois avant la date du scrutin.
Cette note définit :

- Les modalités de candidature, de droit de vote faisant l'objet de l'affichage décrit aux articles 2 et 3.
- La date les horaires et le lieu du scrutin.
- Le matériel électoral (enveloppes, bulletins de vote, urnes) pour le vote par correspondance.
- Les conditions du vote (isoloirs, bureau, émargement, désignation des assesseurs…).

■ Article 7 : Membres non élus – ArticleR.6146-55- ArticleR.6146-59-

Participe avec voix consultative aux séances de la commission un représentant de la commission d'établissement.
Outre les professionnels de santé élus, des personnes qualifiées et des personnels appartenant à d'autres filières professionnelles, médicaux et non médicaux peuvent être associés aux travauxde la commission à l'initiative du Président.

■ Article 8 : Présidence –ArticleR.6146-56

La commission est présidée de droit par le coordonnateur général des soins.
La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle est convoquée par son Président. Cette convocation est de droit à la demande du directeur de l'établissement ou de la moitié au moins des membres de la commission.
L'ordre du jour est fixé par le Président.

■ Article 9 : Le quorum –ArticleR.6146-57

La commission délibère valablement lorsque la moitié au moins des membres élus sont présents. Le président ne prend pas part au vote.
Lorsque le quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. L'avis est alors émis valablement quelque soit le nombre des membres présents.

■ Article 10 : Le quorum –ArticleR.6146-58

Le secrétariat de la commission est assuré par la Direction des Soins.
Chaque séance de la commission fait l'objet d'un procès verbal adressé au directeur de l'établissement et aux membres de la commission dans le délai de un mois.

■ Article 11 : Le quorum –ArticleR.6146-60

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

■ Article 12 : La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est consultée sur –ArticleR.6146-50

1) L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des patients dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
2) La recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation des soins.
3) L'élaboration d'une politique de formation.
4) L'évaluation des pratiques professionnelles.
5) La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
6) Le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.
7) La commission est informée sur :
    a. Le règlement intérieur de l'établissement
    b. La mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2
    c. Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Annexe VI : Règlement intérieur du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

TEXTES DE REFERENCE

- Code du travail
- Loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982 relative aux CHSCT
- Décret n° 85-946 du 16 août 1985 relatif aux CHSCT dans les établissements publics hospitaliers
- Décret n° 91-185 du 13 février 1991 sur la formation des représentants aux CHSCT
- Arrêté du 8 août 1986 pris en application de l'article R236-12 du code du travail (fiche de renseignements en cas de procédure d'urgence),
- Arrêté du 26 décembre 1989 sur le rapport et le programme annuel
- Circulaire n° 311 du 08 décembre 1989 sur les CHSCT dans les établissements publics hospitaliers
- Circulaire n° 91-50 du 6 août 1991 sur la formation des représentants aux CHSCT.
- Décret n° 2002-434 du 29 mars 2002 relatif aux établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH.
- Circulaire DHOS/RH3 n° 2009-280 du 7 septembre 2009 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
- Décret n°2012-285 du 29 février 2012 relatif à la répartition des sièges des représentants des personnels non médicaux au CHSCT dans la fonction publique hospitalière.

Article 1 - Objet

Le règlement intérieur du CHSCT du Centre Hospitalier des Quatre Villes a pour objet de rappeler la composition, l'organisation, les compétences de celui-ci.

Article 2 - La constitution du CHSCT

- Il est institué un CHSCT unique pour le Centre hospitalier.

- La liste des membres est affichée dans chaque service avec en outre les indications relatives à l'emplacement de travail habituel des membres du comité.

Article 3 – Composition du CHSCT

Le CHSCT est composé de membres ayant voix délibérative et de personnes présentes à titre consultatif.

1 – Les membres délibérants (R4615-9 du code du travail)

- Le directeur de l'établissement ou son représentant, président
- Des représentants du personnel non médical comprenant :
    - 6 titulaires
    - 6 suppléants
- Un représentant du personnel médical ou son suppléant, désigné au sein de la Commission Médicale d'Etablissement

2 – Les membres de droit participant à titre consultatif

- Le médecin du travail,
- Le directeur des services économiques ou son représentant,
- Le directeur des travaux et/ou l'ingénieur des travaux,

- Le directeur des soins ou son représentant,
- Le Directeur des Ressources Humaines ou son représentant,
- L'inspecteur du travail et les agents des services de prévention de la CRAMIF.

Le comité peut faire appel au concours de toute personne de l'établissement qui lui paraîtrait qualifiée. Sur proposition de l'un des membres et invitation du président, celle-ci assiste à ce point de l'ordre du jour. En cas de désaccord du président, la question est débattue en séance.

Les suppléants ne participent pas aux séances du CHSCT sauf en remplacement du titulaire absent.

Article 4 - Fonctionnement du CHSCT

1 – Désignation des membres

- Le directeur de l'établissement ou son représentant assure la présidence des réunions et des visites du CHSCT.
- Le comité élit à la majorité son secrétaire lors de la première séance parmi les représentants du personnel pour une durée de mandat identique à celle des autres membres. Le vote a lieu à bulletin secret.
- En cas d'absence du secrétaire du CHSCT, un membre du comité choisi parmi les représentants du personnel en assure provisoirement la fonction.
- Le secrétaire peut renoncer à sa fonction. Dans ce cas, le comité élit un nouveau secrétaire pour la durée restante du mandat.
- Les représentants des personnels non médicaux sont désignés parmi le personnel par les organisations syndicales existant dans l'établissement. Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix moyen recueilli par chacune des organisations lors du renouvellement du Comité Technique d'Etablissement.
- Le représentant des personnels médicaux est désigné par la commission médicale de l'établissement, parmi ses membres.

- Le renouvellement des représentants du personnel intervient dans un délai de trois mois à compter du renouvellement du Comité Technique d'Etablissement. Leur mandat est renouvelable.
- Le mandat d'un représentant prend fin :
  - lors du renouvellement du comité,
  - lorsqu'il cesse ses fonctions dans l'établissement (mutation, détachement, mais également absence de longue durée comme CLM et CLD)
  - lorsqu'il est frappé de l'une des incapacités du code électoral,
  - lorsque l'organisation syndicale qui l'a désigné en fait la demande par écrit au chef d'établissement. Il est pourvu à son remplacement dans un délai d'un mois.

2 – La tenue des réunions

- Le CHSCT se réunit au minimum 3 fois par an.
- L'ordre du jour de chaque réunion est établi par le président en concertation avec le secrétaire
- L'ordre du jour est transmis aux membres titulaires du comité ainsi qu'aux agents des services de prévention, des organismes de sécurité sociale et à l'inspecteur du travail qui ont la possibilité d'assister aux réunions.
- L'ordre du jour est adressé 15 jours avant la réunion sauf cas exceptionnel justifié par l'urgence.
- Le relevé de conclusions, établit par le président, est signé par le secrétaire et le Président du CHSCT. Il est diffusé à l'ensemble des membres dans un délai d'un mois suivant la séance.
- Les membres du comité sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère nominatif ou confidentiel.
- La notion de discrétion est étendue à celle de secret professionnel dans des cas particuliers relatifs à des situations individuelles touchant le personnel ou les usagers, notamment en matière de santé et d'épidémiologie.

3 – Les délibérations du CHSCT

Si le recours à un vote se révèle nécessaire, que ce soit pour son organisation interne ou pour prononcer les avis requis réglementaires, la décision est prise à la majorité des membres présents ayant voix délibérative.

4 – Les moyens de fonctionnement

- Des réunions régulières (au minimum 3 fois par an), auxquelles seront conviés les représentants du personnel.
- Des visites régulières, auxquelles seront conviés les titulaires sur proposition du secrétaire et accord du président.

Un crédit d'heures :
15 heures par mois pour chaque titulaire (L4614-3), non reportables d'un mois sur l'autre.
L'absence au titre des fonctions (réunions, visites, enquêtes) de membres du CHSCT doit être signalée au supérieur hiérarchique dès que cette absence est connue.
Une session de formation spécifique d'une durée maximale de 5 jours est destinée aux représentants du personnel titulaires au CHSCT.
Tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de ce congé (R4615-14 et suiv.).

L'information de l'ensemble des membres du CHSCT :

Le relevé de conclusions de chaque réunion du CHSCT est envoyé aux membres titulaires et suppléants ainsi qu'aux membres à titre consultatif.
Une libre circulation des membres du CHSCT :
Les représentants du personnel dans le cadre de leur crédit d'heures programmé mensuellement, peuvent se déplacer librement dans l'établissement et y prendre tout contact nécessaire à l'accomplissement de leur mission. Ces contacts peuvent s'effectuer durant les heures de travail à condition de ne pas perturber le fonctionnement du service. Les représentants du personnel peuvent également utiliser leur crédit d'heures pour des contacts extérieurs.

En cas de recours par le CHSCT à un expert agréé (L 4614-12 et L 4614-13) **:**
Dans certaines circonstances exceptionnelles caractérisées par la gravité et la nature du risque constaté, le CHSCT peut faire appel à un expert après vote à la majorité.
Les frais d'expertise sont à la charge de l'établissement.
En cas de contestation par le directeur de l'établissement sur la nécessité ou les modalités de l'expertise, celle-ci est portée devant le président du Tribunal de Grande Instance statuant en urgence par référé.

La procédure de danger grave et imminent (L4131-2 et suiv.) **:**
La situation de danger grave et imminent peut être signalée par un membre du CHSCT, (notamment à la suite du retrait d'un salarié d'une situation de travail dont il pensait raisonnablement qu'elle présentait un danger grave et imminent pour sa vie et sa santé). Cet avis doit être consigné sur registre spécial tenu sous la responsabilité du directeur d'établissement par le secrétariat de direction et où les mentions suivantes, nécessaires à l'identification du risque, devront y être portées :

- indication du ou des postes de travail concernés
- nom du ou des agents concernés
- nature du danger et sa cause

Cet avis est daté et signé. Dès qu'il a été avisé d'une cause de danger grave et imminente, le chef d'établissement doit procéder sur-le-champ à une enquête avec le co-signataire et prendre des dispositions nécessaires pour y remédier. En cas de désaccord, le président réunit le CHSCT sous 24 heures maximum et informe l'inspection du travail.
Le Comité effectue obligatoirement un rapport d'enquête qui est transmis dans les 15 jours à l'inspecteur du Travail

Article 5 – Missions et compétences

1 – Compétence du CHSCT

Le comité a une compétence générale en matière de surveillance de l'hygiène et de la sécurité dans l'établissement.

2 – Missions du CHSCT (L4612)

- Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure, de contribuer à l'amélioration des conditions de travail. Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières. (L4612-1)
- Le comité procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. (L4612-2)
- Le comité contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Le refus de l'employeur doit être motivé. (L4612-3)
- Le comité d'hygiène est consulté sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur. (L4612-12)
- Le comité est consulté pour toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail (L4612-8).
- Le comité est consulté sur le plan d'adaptation établi lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides prévues à l'article L. 2323-14. (L4612-10)
- Le comité est consulté sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail. (L4612-11)
- Le comité se prononce sur toute question de sa compétence dont il est saisi par le chef d'établissement, le comité technique d'établissement et les délégués du personnel. (L4612-13)
- Le comité fixe les missions qu'il confie à ses membres pour l'accomplissement des tâches prévues aux alinéas ci-dessus.

3- Consultation du CHSCT

Le comité est consulté sur :
- le rapport annuel de médecine du travail,
- le plan d'action de prévention des risques professionnels et de d'amélioration des conditions de travail,
- le programme de formations et les achats en lien avec la prévention et l'amélioration des conditions de travail,
- le programme de formation incendie.

Les registres et rapports concernant la vérification et le contrôle des appareils ou installations prévus par la réglementation (installation électrique, moyen de lutte contre l'incendie) ainsi que les observations faites par l'inspecteur du travail ou les agents de la CRAMIF sont mis à disposition du CHSCT.

Article 6 – Relations du CHSCT avec les autres institutions du CH4V.

1 – Avec le Comité Technique d'Etablissement

En sa qualité d'instance spécialisée, l'intervention du CHSCT doit se coordonner avec celle du Comité Technique d'Etablissement. Le CTE peut confier au CHSCT le soin de procéder à des études sur les matières de sa compétence. Le CTE est destinataire du rapport du programme annuel établi par le directeur d'établissement ainsi que des avis du CHSCT sur ces rapports. Le CTE est informé des avis et des résolutions prises par le CHSCT.

2 – Avec d'autres institutions

- Le médecin du travail

Il est, dans le cadre de ses attributions, le conseiller du Chef d'établissement, des personnels et de leurs représentants pour :

- l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'établissement
- l'hygiène générale dans l'établissement
- la protection des agents contre l'ensemble des nuisances et des risques professionnels.

Le médecin du travail établit un rapport d'activité annuel. Ce rapport, assorti de l'avis du C.T.E. et du Conseil de surveillance, est transmis au Chef d'établissement qui en adresse copie au C.H.S.C.T.

- Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

Le CLIN a pour mission d'organiser et de coordonner une surveillance continue des infections dans l'établissement. Il peut être amené à donner son avis sur les aménagements de locaux et les acquisitions d'équipements ou de matériels.

Il peut associer le médecin du travail à ses travaux.

Le président du CLIN assure le rôle de coordonnateur dans le domaine de la lutte contre les infections et veille à l'harmonisation des actions de prévention qui pourraient être engagées à l'égard des personnels par le C.H.S.C.T.

Annexe VII : Règlement intérieur de la commission des usagers

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 1112-3 et L1114-1 ainsi que les articles R. 1112-79 à R. 1112-94,
Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,
Vu le décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique,
Vu le décret 2005-300 du 31 mars 2005 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique,
Vu le décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé,
Vu le décret n° 2017-415 du 27 mars 2017 relatif aux modalités d'information de la commission des usagers sur les événements indésirables graves associés aux soins

I Missions

Article 1. Missions

I.-La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

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

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

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

a) Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement ainsi que les avis, voeux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;

b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;

c) Le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;

d) Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;

e) Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

f) Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.

g) Une information sur chaque événement indésirable grave associé à des soins, lors de la réunion qui suit la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé. Cette

information, adressée par le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, comprend une description synthétique des circonstances de l'événement indésirable grave survenu, des conséquences pour la ou les personnes concernées, des mesures immédiates prises pour ces personnes, ainsi que le plan d'actions correctives mis en œuvre par l'établissement.

h) Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

Les informations mentionnées au f) et au g) sont délivrées dans des conditions qui garantissent l'anonymat du ou des patients et des professionnels concernés. Elles ne comportent notamment ni les noms et prénoms des patients, ni leur adresse, ni leur date de naissance, ni les noms et prénoms des professionnels ayant participé à leur prise en charge.

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

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

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

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

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

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

4° La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

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

Le projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement des établissements publics de santé, de la politique médicale des établissements de santé privés ou du projet institutionnel des établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné.

II Composition

Article 2. Membres

La commission du CH4V est ainsi composée :

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement;
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants ;
- Un vice-président de la commission médicale d'établissement ;
- Le directeur des soins ;
- Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Un représentant des familles des patients de l'unité de soins de longue durée ;
- Le responsable de la politique de la qualité.

Article 3. Présidence et vice-présidence

La commission élit un président et un vice-président.

La présidence de la commission est assurée par le représentant légal de l'établissement ou un des deux représentants des usagers.

Le président est élu, pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois, par l'ensemble des membres composant la commission.

La commission des usagers élit un vice-président, qui doit être issu d'une autre des catégories de membres que celle du président. Son mandat est renouvelable deux fois.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission des usagers, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le vice-président.

A la suite de la séance du 23 février 2017, la présidence est assurée par le directeur, Monsieur Hubert de Beauchamp, et la vice-présidence revient à Monsieur Marc Climaud, représentant des usagers.

Article 4. Médiateurs

Les médiateurs mentionnés sont un médiateur médecin et un médiateur non médecin.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi le personnel non médical exerçant dans l'établissement.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi le personnel médical exerçant dans l'établissement.

Article 5. Liste nominative des membres

Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au directeur général de l'agence régionale de santé. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, qui précise leurs modalités d'exercice de la commission.

III Fonctionnement

Article 6. Durée du mandat

La durée du mandat des médiateurs et des représentants des usagers est fixée à trois ans renouvelable. Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre duquel les intéressés ont été désignés.

Article 7. Délibération et vote

La liste des membres de la commission ayant voix délibérative est arrêtée comme suit :

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- Les deux médiateurs et leurs suppléants ;

- Les deux représentants des usagers et leurs suppléants ;
- Le représentant des familles des patients de l'unité de soins de longue durée.

En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

Article 8. Incompatibilités

Les membres de la commission, autres que le président, qui sont concernés par une plainte ou une réclamation ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause.

Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant.

Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le représentant légal, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin.

Article 9. Convocation

La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

Article 10. Ordre du jour

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

Article 11. Règlement intérieur

La commission établit son règlement intérieur.

Article 12. Secrétariat

Le secrétariat est assuré à la diligence du directeur.

Article 13. Moyens matériels

Chaque établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Article 14. Indemnisation

Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission.

IV Examen des plaintes et réclamations

Article 15. Examen des plaintes et réclamations

Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine. Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la

plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à l'article R. 1112-93, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, le rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier. Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission.

Annexe VIII : Liste des administrateurs de garde

Dans le cadre de ses compétences définies à l'article L 6143-7 du CSP, le directeur délègue sa signature aux seules fins de prendre toutes les dispositions réglementaires et individuelles nécessaires à l'exercice des compétences liées à la garde de direction à :

- **Madame Caroline Buno**, directrice-adjointe chargée des achats, de la logistique et du patrimoine ;
- **Madame Elodie Lapeyre**, directrice-adjointe chargée des finances, de la clientèle et du système d'information ;
- **Madame Ségolène Lebreton**, directrice-adjointe chargée des résidences pour personnes âgées et accueils de jour ;
- **Madame Noémie Schoebel**, directrice-adjointe des ressources humaines ;
- **Madame Fernande Roger**, faisant fonction de directrice des soins ;
- **Madame Catherine Cahart**, faisant fonction d'attachée d'administration hospitalière, adjointe à la directrice-adjointe chargée des résidences pour personnes âgées et accueils de jour ;
- **Madame Valérie Keraudran-Rigaut**, attachée d'administration hospitalière, responsable des finances et de l'analyse de gestion ;
- **Madame Morgane Le Menedeu**, attachée d'administration hospitalière, adjointe à la directrice-adjointe des ressources humaines.

Annexe IX : Liste des techniciens de garde

La garde technique mobilise :

Sur les sites de Saint-Cloud et Lelégard

- Monsieur Olivier Beaud, responsable sécurité ;
- Monsieur Philippe Gadois, responsable atelier ;
- Monsieur Clément Robinet, électricien ;
- Monsieur Claudel Tamcine, ouvrier polyvalent ;
- Monsieur Sylvain Gomes, plombier ;
- Monsieur Adrien Naudin, plombier ;

Sur le site de Sèvres

- Monsieur Christophe Héliard, responsable atelier ;
- Monsieur Christophe Nguyen, plombier ;
- Monsieur Alain Crozet, ouvrier polyvalent ;
- Monsieur Camille Pernelle, électricien.

Annexe X : Liste des chefs de pôle et directeurs référents de pôle

La désignation des chefs de pôle et directeurs référents de pôle est établie comme suit :

- Docteur Joëlle Belaïsch-Allart et Madame Noémie Schoebel pour le pôle femme-enfant-AMP ;
- Docteur Jean-Michel Garnier et Madame Fernande Roger pour le pôle bloc-anesthésie-chirurgie ;
- Docteur Nicolas Gérondeau et Madame Caroline Buno pour le pôle médico-technique ;
- Docteur Anne Scherrer et Madame Elodie Lapeyre pour le pôle médecines-urgences-addictologie ;
- Docteur Cécile Charpentier et Madame Ségolène Lebreton pour le pôle personnes âgées.