

Règlement intérieur

Centre Hospitalier Eure-Seine



Mise à jour : février 2016

SOMMAIRE

LIVRE I – ORGANISATION GENERALE 10

CHAPITRE I – LES INSTANCES 14

Section 1 – Le conseil de surveillance, le directoire et le directeur général..... 14

1. Le conseil de surveillance..... 14
2. Le directeur 16
3. Le directoire 18

SECTION 2 – Les instances représentatives 19

1. La Commission médicale d'établissement (Cme)..... 19
2. Le Comité technique d'établissement (Cte)..... 23
3. La Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (Csimt)..... 24
4. Le Comité hygiène, de sécurité et des conditions de Travail (Chsct) 27

CHAPITRE II – ORGANISATION INTERNE 30

Section 1 – L'organisation polaire 30

1. Organisation interne 30
2. Contractualisation..... 31

Section 2 – Organisation des soins 32

1. Permanence et continuité des soins 32
2. Garde administrative 32
3. La Pharmacie à usage intérieur (Pui)..... 33

CHAPITRE III - SECURITE ET HYGIENE 34

Section 1 – La sécurité 34

1. Accès à l'hôpital et produits prohibés..... 34
2. Sécurité générale 35
3. Sécurité incendie..... 35
4. Rapports avec les services de police, de gendarmerie de justice 36
5. Dispositif Vigipirate 36
6. Situations sanitaires exceptionnelles - le plan blanc..... 36
7. Gestion des risques professionnels..... 37

Section 2 – Circulation, stationnement et règles de responsabilité 38

Section 3 – Règles de vie collective 39

1. L'hygiène à l'hôpital 39
2. Les animaux à l'hôpital..... 39
3. L'interdiction de fumer 39
4. Les téléphones portables 39
5. Objets et produits interdits..... 39
6. Respect de la neutralité du service public 40

CHAPITRE IV - L'AMELIORATION DE LA QUALITE 40

Section 1 – La mise en œuvre de la politique qualité..... 40

Section 2 – Organisation de la démarche de certification..... 41

Section 3 – La gestion des risques 41

1. La déclaration des événements indésirables 41
2. Les principales vigilances 42
3. Les instances relatives à la qualité et la sécurité des soins..... 43

Section 4 : Procédure d'examen des plaintes et réclamations.....	44
1. La formulation de la plainte ou réclamation.....	44
2. Le rôle des médiateurs.....	44
3. L'intervention de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (Cruqpc).....	45

LIVRE II – L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DANS L'ETABLISSEMENT 49

CHAPITRE I - CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS..... 51

Section 1 – Principes régissant l'accès aux soins.....	51
1. Droit à la protection de la santé.....	51
2. Egalité d'accès aux soins – accès aux personnes démunies.....	51
3. Libre choix du malade.....	51
Section 2 – Consultations et soins externes.....	52
1. Définition.....	52
2. Tarifs des consultations externes.....	52
Section 3- L'admission en hospitalisation.....	53
1. Dispositions générales.....	53
2. Dispositions particulières à certains patients.....	56
3. L'accueil en urgence du patient.....	61
4. Ambulatoire et secteurs interventionnels.....	63
Section 4 – Activité libérale des médecins au sein de l'hôpital.....	63
1. Consultations externes et hospitalisations en activité libérale.....	63
2. Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale.....	63
3. L'exercice de l'activité libérale.....	64

CHAPITRE II - INFORMATION ET CONSENTEMENT AUX SOINS..... 64

Section 1– La délivrance de l'information.....	64
1. Droit à l'information du patient.....	64
2. Les obligations du patient hospitalisé.....	66
3. Information de la famille et des proches du patient.....	67
4. La personne de confiance.....	67
5. Information du médecin traitant ou désigné par le malade.....	68
6. L'information du malade et les dommages liés aux soins.....	68
7. L'accès du patient à son dossier médical.....	69
8. Traitement informatique.....	70
9. Prises de vues et image de la personne.....	70
Section 2 – Le consentement aux soins.....	70
1. Principes généraux, limites et cas particuliers.....	70
2. Les directives anticipées.....	73
3. Le refus de soins.....	74
4. Les malades et la fin de vie.....	74

CHAPITRE III - SEJOUR DES PATIENTS 76

Section 1 – Les droits du patient hospitalisé.....	76
1. Respect de la dignité et de l'intimité.....	76
2. Liberté d'aller et de venir.....	77
3. Neutralité et laïcité du service public.....	78
4. Exercice des cultes.....	78

5. Service social	78
Section 2 - Principes régissant le séjour	78
1. Vie à l'hôpital	78
2. Autorisations de sortie en cours d'hospitalisation.....	79
3. Services mis à disposition des patients	80
4. Les visites	80
CHAPITRE IV - SORTIE DES PATIENTS	82
Section 1 – Disposition générales	82
1. Formalités de sortie	82
2. Transport.....	83
3. Transfert.....	83
4. Evaluation de la satisfaction du patient	84
5. Information du médecin traitant	84
6. Acquiescement des frais d'hospitalisation	84
Section 2 – Cas particulier de sortie	85
1. Sortie des nouveau-nés.....	85
2. Sortie des mineurs	85
3. Autres cas particuliers de sortie.....	86
CHAPITRE V - NAISSANCES ET DECES	87
Section 1 – Disposition relatives aux naissances	87
1. Déclarations de naissance – cas général	87
2. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale.....	87
Section 2 –Dispositions relatives aux décès	88
1. Attitude à l'approche d'un décès	88
2. L'information sur le décès.....	88
3. Les formalités entourant le décès	89
4. Gestion des biens du défunt	89
5. Présentation du corps et dépôt à la chambre mortuaire.....	90
6. L'organisation des opérations funéraires.....	90
7. Transport de corps	91
8. Autopsie sur personne décédée	93
9. Don d'organes	94
LIVRE III : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS.....	95
CHAPITRE I – REGLES FONDÉES SUR LE RESPECT DES PATIENTS.....	97
1. Devoir d'information du public	97
2. Secret professionnel.....	98
3. Obligation de discrétion professionnelle	99
4. Devoir général de réserve – respect de la liberté de conscience et d'opinion / Non-discrimination - le principe de laïcité	100
5. Le respect du confort des malades	101
6. Respect de la dignité et de l'intimité du patient.....	101
7. Accueil de la famille, des proches, de la personne de confiance de la personne malade	102
8. Coordination de la prise en charge	102
9. Exigence d'une tenue professionnelle	103
10. Biens du patient	103
11. La promotion de la bienveillance.....	103

CHAPITRE II - PRINCIPES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE	104
Section 1 –Principes de bonne conduite professionnelle.....	104
1. Présence au travail des personnels.....	104
2. Règles de comportement au sein de l'établissement	105
3. Règles relatives à la qualité et à la sécurité	106
4. Règles relatives aux biens matériels	108
Section 2 – Expression des personnels	109
1. Droit d'expression directe et collective	109
2. Droit syndical.....	110
3. Droit de grève et service minimum.....	110
4. Journée d'accueil des nouveaux professionnels	110
 CHAPITRE III – LA SPECIFICITE DES INTERNES ET ETUDIANTS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	110
Section 1 : Les internes et étudiants de médecine	110
1. Les internes	110
2. Les étudiants en médecine	111
Section 2 : Les étudiants des écoles et instituts paramédicaux.....	112
 CHAPITRE IV - INSTANCES RELATIVES AU SUIVI DE CARRIERE DES AGENTS	112
Section 1 – La commission de formation des personnels non médicaux	112
Section 2 - Les Commissions administratives paritaires locales (CAPL).....	112
Section 3 – Le Comité local de gestion personnalisée des agents (Clgpa).....	112
 LIVRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES AUX ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)	115
 CHAPITRE I – GARANTIE DU DROIT DES USAGERS	117
Section 1 – Projet d'établissement / projet de vie	117
Section 2 : Droits et libertés	117
1. Valeurs fondamentales	117
2. Conseil de la Vie Sociale	118
3. Représentation des familles au conseil de surveillance du CH Eure-Seine	118
Section 3 : Dossier du résident	118
1. Règles de confidentialité.....	118
2. Droit de consultation	119
3. Relations avec la famille et les proches	119
4. Prévention de la violence et de la maltraitance.....	119
5. Concertation, recours et médiation	119
 CHAPITRE II – FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT	120
Section 1 : Régime juridique de l'établissement	120
Section 2 : Personnes accueillies	120
Section 3 : Admissions	120
Section 4 : Contrat de séjour	121
Section 5 : Conditions de participation financière et de facturation.....	121
Section 6 : En cas d'interruption de la prise en charge	121
Section 7 : Sécurité des biens et des personnes, responsabilités et assurances	122
1. Sécurité des personnes	122
2. Biens et valeurs personnels.....	122

3. Assurances	122
Section 8 : Situations exceptionnelles	122
1. Vague de chaleur.....	122
2. Incendie.....	122
3. Vigilances sanitaires.....	122
CHAPITRE III – REGLES DE VIE COLLECTIVES.....	123
Section 1 : Règles de conduite	123
1. Respect d’autrui	123
2. Sorties	123
3. Visites.....	123
4. Alcool – Tabac	123
5. Nuisances sonores.....	124
6. Respect des biens et équipements collectifs	124
7. Sécurité	124
Section 2 : Organisation des locaux collectifs et privés	124
1. Les locaux privés	124
2. Les locaux collectifs.....	125
3. Prise en charge des résidents.....	125
4. Repas.....	125
5. Activités et loisirs	125
6. Prise en charge médicale	126
7. Le linge et son entretien	126
8. Pratique religieuse ou philosophique	126
9. Fin de vie	126
10. Courrier	126
11. Transports	127
12. Animaux	127
13. Prestations extérieures	127
ANNEXES	129
1. Règlement intérieur du Conseil de surveillance	131
2. Règlement intérieur du directoire	135
3. Règlement intérieur de la Commission médicale d’établissement.....	138
4. Le Comité technique d’établissement.....	148
5. La Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (Csirmt)	153
6. Le Comité d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail (Chsct)	155
7. Règlement intérieur des pôles	159
8. Le contenu du dossier médical du patient	171
9. Charte de la personne hospitalisée.....	172
10. Charte de l’enfant hospitalisé	173
11. Charte de la laïcité.....	174
12. Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance	175
13. Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.....	176

PREAMBULE

Le présent règlement intérieur du Centre Hospitalier Eure-Seine, Hôpital d'Evreux-Vernon, est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur, notamment de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique.

Ce règlement intérieur définit les règles de fonctionnement du CH Eure-Seine, notamment sur le plan de l'organisation institutionnelle, de l'accueil et de la prise en charge des patients, ainsi que de l'activité et de la gestion des professionnels hospitaliers. Il s'applique à toutes les personnes venant dans les locaux du CH Eure-Seine et au personnel.

Le directeur général du CH Eure-Seine assure l'application et l'exécution des dispositions de ce règlement intérieur sur l'ensemble des sites de l'établissement.

Il est tenu à la disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance sur internet.

Il est également tenu à la disposition de chacun des personnels sur intranet.

Ce règlement intérieur fera l'objet d'une mise à jour, en tant que de besoin, si des textes nouveaux, le modifiant au fond, étaient publiés. Dans l'intervalle de sa mise à jour, les textes nouveaux s'appliquent de plein droit.

LIVRE I – ORGANISATION GENERALE

INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Eure-Seine est un établissement public de santé, créé le 1er janvier 2004 par la fusion des Hôpitaux d'Evreux et de Vernon.

C'est une personne morale de droit public, dotée de l'autonomie administrative et financière (1), dont le ressort est communal.

Il est soumis au contrôle de l'Agence Régionale de Santé et à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier.

Il a pour missions (2):

- D'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- De dispenser des soins avec ou sans hébergement, et sous certaines conditions à domicile.
- De participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent.
- De participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique.
- De participer à la mise en œuvre de dispositifs destinés à garantir la sécurité sanitaire.
- De procéder à l'évaluation de son activité et de mener, en son sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale.
- De prendre en charge des résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Comme établissement du service public hospitalier, il est appelé à assurer en tout ou partie les missions de service public suivantes (3) :

- La permanence des soins ;
- La prise en charge des soins palliatifs ;
- L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- La recherche ;
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination, dans une dynamique de réseaux ;
- Les actions de santé publique ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, ainsi qu'aux personnes en situation irrégulière sur le territoire national et placées en rétention administrative ;
- Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.

Il élabore et met en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

Il constitue l'établissement de recours au sein du territoire de santé Eure-Seine au sein de la région Haute-Normandie et participe à ce titre à des actions de coopération sanitaire (filiales et réseaux de soins).

Il détermine sa politique générale au travers de son projet d'établissement, en conformité avec les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire de Haute-Normandie.

Il conclut avec l'Agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ce contrat détermine les orientations stratégiques de l'établissement sur la base du schéma régional d'organisation sanitaire.

Pour accomplir ses missions, le Centre Hospitalier est organisé en 6 pôles d'activités cliniques et médico-techniques :

- Pôle Médecine
- Pôle Chirurgie
- Pôle Femme-Mère-Enfant
- Pôle Médecine d'Urgence
- Pôle Médico-Technique
- Pôle Gériatrie

Les différents services et activités de l'établissement sont répartis sur plusieurs sites:

- Deux établissements sanitaires à Evreux et à Vernon.
- Deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes :
 - Ehpad et Unité de soins de longue durée (Usld) Saint-Michel, à Evreux
 - Ehpad Auguste Ridou, et Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), à Vernon
- Un Institut de formation en soins paramédical : Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi), d'aide-soignant (Ifas), d'auxiliaire de puériculture (Ifap), à Evreux
- Un centre d'enseignement des soins d'urgence (Cesu)

Texte(s) de référence
(1) Art L6141-1 du Code de la santé publique
(2) Art L6111-1, -2, -3, -5 du Code de la santé publique
(3) Art L6112-1 du Code de la santé publique

CHAPITRE I – LES INSTANCES

Section 1 – Le conseil de surveillance, le directoire et le directeur général

Le CH Eure-Seine est doté d'un conseil de surveillance et est dirigé par un directeur assisté d'un directoire.

1. Le conseil de surveillance

1.1. Composition

Le conseil de surveillance (1) (2) est composé de quinze membres répartis en trois collèges. Le nombre de membres de chacun des collèges est identique.

5 membres au titre des représentants des collectivités territoriales :

- le maire de la commune siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne ;
- un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que celle du siège de l'établissement principal ;
- deux représentants des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre auxquels appartiennent respectivement ces deux communes ;
- le président du conseil départemental siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne.

5 membres au titre des représentants du personnel :

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

5 membres au titre des personnalités qualifiées :

- deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1.

Assistent aux séances avec voix consultative :

- Le Directeur, assisté des collaborateurs de son choix, ou son représentant.
- Le vice-président du directoire, président de la CME.
- Le directeur général de l'agence régionale de santé.
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique.
- Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.
- Un représentant des familles des personnes accueillies dans les EHPAD.

1.2. Nomination des membres

La liste nominative des membres du Conseil de surveillance est arrêtée par le Directeur général de l'ARS.

1.3. Présidence et Vice-Présidence

Le président du conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées.

Le Président du conseil de surveillance désigne parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées un Vice-Président qui préside le Conseil de Surveillance en son absence.

1.4. Attributions

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 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'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

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

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

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

Texte(s) de référence
(1) Art L 6143-1, -5, -6 du CSP
(2) Art R 6143-3 à R 6143-16 du CSP

[Règlement intérieur du Conseil de surveillance](#)

2. Le directeur

Le directeur (1) est nommé par arrêté du directeur général du centre national de gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du président du conseil de surveillance.

2.1. Champs de compétences du directeur

Compétences générales du directeur dans la conduite de l'établissement.

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance et celles soumises à concertation avec le directoire.

Il participe aux séances du conseil de surveillance, il en exécute les délibérations.

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

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger.

Compétences du directeur après concertation avec le directoire

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

- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L6143-3 ;
- Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L3131-7.

2.2. Pouvoir de nomination du directeur dans l'établissement

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

- Il propose au directeur général du centre national de gestion, la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions.
- Sur proposition du chef de pôle, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L.6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du centre national de gestion.
- A l'exception des membres de droit, il nomme les membres du Directoire après information du Conseil de Surveillance. Il peut mettre fin à leurs fonctions.
- Il nomme les chefs de pôle et peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service après avis du président de la commission médicale d'établissement.
- Il nomme les directeurs référents de pôle, les contrôleurs de gestion, et les cadres de pôle après avis de la direction des soins.
- Il nomme les responsables de service sur proposition du chef de pôle après avis du président de la commission médicale d'établissement. Il peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service de sa propre initiative ou sur proposition du chef de pôle.

Admission de professionnels libéraux par contrat

Le directeur peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre (2) 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 à l'établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné.

Délégation de signature

Dans le cadre de ses compétences, le directeur peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature (3).

- La délégation doit mentionner :
 - ✓ Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;
 - ✓ La nature des actes délégués.

Eventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation.

Les délégations, de même que leurs éventuelles modifications, sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses.

Texte(s) de référence
(1) L 6143-7 à L 6143-7.2 du Code de la santé publique
(2) L 6146-2 du Code de la santé publique
(3) D 6143-33 à D 6143-35 du Code de la santé publique

3. Le directoire

3.1. Composition

Le directoire (1) comprend sept membres :

- trois membres de droit : le Directeur, le Président de CME, le Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- quatre membres nommés par le directeur, sur proposition du président de la Cme.

Le directoire est une instance à majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Le Directeur est président du directoire.

Le Président de la Cme est vice-président du directoire.

Les membres du directoire sont nommés pour 4 ans.

3.2. Compétences

Le directoire :

- **Prépare le projet d'établissement**, notamment sur la base du projet médical et du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le conseil de surveillance délibère ensuite sur le projet d'établissement qui lui est soumis par le directeur après concertation avec le directoire.
- **Conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement** ; à cet effet, le directeur consulte le directoire préalablement à l'exercice des compétences suivantes :
 - Conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) ;
 - Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
 - Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
 - Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
 - Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
 - Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
 - Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité ;

- propose au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une action de coopération ;
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- Conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location ;
- Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- Conclut les délégations de service public ;
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement ;
- Arrête le plan blanc de l'établissement.

➤ **Approuve le projet médical** ; ce projet médical définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du CPOM.

Le président de CME, vice-président du directoire, élabore le projet médical, avec le directeur et en conformité avec le CPOM (art. L.6143-7-3 CSP). Puis, le directoire approuve le projet médical.

Par ailleurs, le directoire approuve la stratégie du système d'information sur la base du projet de système d'information, préparé par le [comité du système d'information](#).

Texte(s) de référence (1)
L 6143-7-3 et suivants du Code de la santé publique
L 6146-1 du Code de la santé publique
L 3131-7 du Code de la santé publique
D 6143-35-1 à D 6143-35-4 du Code de la santé publique
Instruction DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires dans les établissements publics de santé

[Annexe : Règlement intérieur du directoire](#)

SECTION 2 – Les instances représentatives

1. La Commission médicale d'établissement (Cme)

Vous trouverez ci-dessous la composition et les attributions de la CME. Pour les attributions du président de la Cme, le fonctionnement etc, vous êtes invités à consulter l'Annexe : [règlement intérieur de la Commission médicale d'établissement](#).

1.1. Composition (1)

La Cme est composée de 6 collègues :

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement
- Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles

- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement
- Deux représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie obstétrique
- Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

Participants avec voix consultative :

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

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

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires.

Le président est élu par l'ensemble des membres de la commission médicale.

La durée du mandat est de quatre ans.

1.2. Les attributions de la Cme

1.2.1 Attributions générales

a) Attributions consultatives (1)

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

- 1) Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1. Il s'agit :
 - du projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2;
 - de la convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5;
 - du compte financier et de l'affectation des résultats;
 - de 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;
 - du rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur;
 - de toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance;
 - des statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.
- 2) Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel;

- 3) Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3;
- 4) L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7o de l'article L. 6143-7;
- 5) Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants;
- 6) La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

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

- 1) Le projet médical de l'établissement;
- 2) La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement;
- 3) La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement;
- 4) La politique de formation des étudiants et internes;
- 5) La politique de recrutement des emplois médicaux;
- 6) Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens;
- 7) Les modifications des missions de service public attribuées à 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;
- 10) Le règlement intérieur de l'établissement;
- 11) Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

b) Attributions informatives (2) :

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

- 1) Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement;
- 2) Les contrats de pôles;
- 3) Le bilan annuel des tableaux de service;
- 4) Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques;
- 5) La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

1.2.2 Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

a) 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 (3) :

- 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

Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (4); elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Elle est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.

b) La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment (5) :

- 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.

c) La commission médicale d'établissement (6):

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) Élabore 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.

Texte(s) de référence
(1) Art R 6144-1 ((Décr. no 2013-841 du 20 sept. 2013, art. 1er-I)
(2) Art. R. 6144-1-1 (Décr. no 2010-439 du 30 avr. 2010)
(3) Art. R. 6144-2, (Décr. no 2010-439 du 30 avr. 2010)
(4) Art. L. 6144-1 (L. no 2009-879 du 21 juill. 2009, art. 5-I)
(5) Art. R. 6144-2-1 (Décr. no 2010-439 du 30 avr. 2010)
(6) Art. R. 6144-2-2 (Décr. no 2010-439 du 30 avr. 2010)

1.3. Les Sous-commissions de la Cme

Même si elles ne sont plus statutairement obligatoires, la CME du CH Eure-Seine décide de maintenir l'existence de sous-commissions. Elles ont pour objectif de faciliter la discussion et l'élaboration des projets et de l'organisation des fonctionnements médicaux. Leur mandat expire en même temps que celui de la CME.

- Commission du MEDicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)
- Commission des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) et du Développement professionnel continu (Dpc).

La CME s'adjoit l'assistance et l'expertise de groupes de travail en fonction des besoins, tels que :

- Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS),
- Comité de Pilotage (Copil) Qualité,

- [Le Comité de Gestion des Risques et de Revue des Evènements Indésirables \(CREI\)](#),
- [La Commission du MEDicament et des Dispositifs Médicaux Stériles \(COMEDIMS\)](#),
- [La Commission des Evaluations des Pratiques Professionnelles \(EPP\) et du Développement professionnel continu \(DPC\)](#),
- [Le Comité d'IdentitoVigilance \(CIV\)](#),
- [Le Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales \(CLIN\)](#),
- [Le comité des Antibiotiques](#),
- [Le Comité de Lutte contre la Douleur et les Symptômes d'inconfort \(CLUDS\)](#),
- [Le Comité de Sécurité Transfusionnel et d'Hémovigilance \(CSTH\)](#),
- [Le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition \(CLAN\)](#),
- [Le comité de prise en charge des Droits des Patients et des Soins Palliatifs \(DPSP\)](#),
- [Le comité Espace de Réflexion Ethique \(ERE\)](#),
- [Le Comité Plan Cancer \(CPC\)](#),

2. Le Comité technique d'établissement (Cte)

Vous trouverez ci-dessous la composition et les attributions du Cte. Pour le reste (notamment le fonctionnement), vous êtes invités à consulter l'[Annexe : règlement intérieur du Comité technique d'établissement \(Cte\) , avec l'intégralité du contenu relatif à la composition, aux attributions et au fonctionnement de la Cme.](#)

1.1. Composition du comité

Le comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Eure-Seine est présidé par le directeur de l'établissement. Il peut être suppléé par un membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

Il comprend, en outre, des représentants du personnel de l'établissement :

- quinze membres titulaires et quinze membres suppléants.

Ces membres sont élus selon les modalités fixées par les articles R. 6144-42 et suivants du Code de la santé publique.

Un représentant du comité technique d'établissement et un représentant de la commission médicale d'établissement assistent, avec voix consultative, à chacune des réunions respectives de ces deux instances.

La désignation de ces représentants procède d'un vote à bulletin secret de chacune des instances concernées.

1.2. Attributions

Le comité technique d'établissement est consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

- Les projets de délibération mentionnés au L. 6143-1 (1) ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article [L. 6143-7](#) ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Le comité technique d'établissement est également consulté sur les matières suivantes :

- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Enfin, le comité technique d'établissement est régulièrement informé :

- de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement ;
- du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ainsi que du budget prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143.7.

Texte(s) de référence
(1) Art. L. 6144-3 à -6 du CSP
(2) Art. R. 6144-40 à -85 du CSP

3. La Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (Csirmt)

Vous trouverez ci-dessous la composition et les attributions de la Csirmt. Pour le reste (notamment le fonctionnement), vous êtes invités à consulter l'[Annexe : règlement intérieur de la Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique \(Csirmt\), avec l'intégralité du contenu relatif à la composition, aux attributions et au fonctionnement de la Csirmt.](#)

3.1. Composition

Membres disposant d'une voix délibérative :

- Le Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de droit, Président
- 5 membres élus représentant le collège Cadres de Santé
- 10 membres élus représentant le groupe des infirmiers et personnels de rééducation et médico techniques dont :
 - 5 au titre du collège des personnels infirmiers
 - 2 au titre du collège des personnels de rééducation
 - 3 au titre du collège des personnels médico- techniques

- 5 membres élus représentant les aides-soignants, auxiliaires puéricultrices et aide médico-psychologiques.

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

Les modalités de suppléance des membres titulaires sont fixées par le règlement intérieur de la commission.

Membres disposant d'une voix consultative :

- Un représentant de la commission médicale d'établissement, désigné par et parmi ses membres
- Le directeur de soins, directeur de l'IFSIE
- Un représentant des étudiants infirmiers de 3ème année
- Un représentant des élèves aide-soignant ou auxiliaire puériculture

Association d'autres personnels

Des personnes qualifiées et des personnels appartenant à d'autres filières professionnelles, médicaux et non médicaux, peuvent être associés aux travaux de la Commission, à l'initiative du Président.

3.2. Attributions

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

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- La politique de 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 (recrutement par contrat de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux) ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

3.3. Fonctionnement

La commission est présidée par le directeur des soins. En cas d'empêchement de celui-ci, la présidence est assurée par un cadre supérieur de santé, désigné à cet effet par le directeur des soins. La commission se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président.

Texte(s) de référence
Art L 6146-9 du Code de la santé publique
Art R 6146 -10 à R6146-16 du Code de la santé publique

4. Le Comité hygiène, de sécurité et des conditions de Travail (Chsct)

Vous trouverez ci-dessous la composition et les attributions du Chsct. Pour le reste (notamment le fonctionnement), vous êtes invités à consulter l'[Annexe : règlement intérieur du Chsct, avec l'intégralité du contenu relatif à la composition, aux attributions et au fonctionnement du Chsct.](#)

4.1. Composition : le président, les membres délibérants, les membres consultatifs

Après avis du comité technique d'établissement en sa séance du 17 avril 2012 et avec l'accord du Directeur de l'établissement, le Centre Hospitalier Eure-Seine comprend deux C.H.S.C.T., l'un pour le site de Vernon, l'autre pour le site d'Evreux.

Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de l'établissement comprennent le directeur de l'établissement et une délégation du personnel.

La délégation du personnel au Chsct de Vernon comprend 7 membres délibérants titulaires :

- 6 représentants des personnels non médicaux
- 1 représentant des personnels médicaux.

La délégation du personnel au Chsct d'Evreux comprend 10 membres délibérants titulaires :

- 9 représentants des personnels non médicaux
- 1 représentant des personnels médicaux.

La délégation du personnel de chaque Chsct comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants.

Les représentants des personnels non médicaux sont désignés par les organisations syndicales existant dans l'établissement, en fonction des sièges attribués à l'occasion du renouvellement du comité technique d'établissement.

Le renouvellement des représentants intervient dans un délai de trois mois à compter du renouvellement du comité technique d'établissement. Le mandat est renouvelable.

Les représentants des personnels non médicaux cessent de faire partie du chsct lorsque l'organisation qui les a désignés en fait la demande par écrit au chef d'établissement. Ils sont remplacés dans le délai d'un mois.

Lorsqu'au cours de son mandat, un représentant cesse ses fonctions dans l'établissement, il est remplacé dans le délai d'un mois. Il en est de même des représentants frappés d'incapacité selon le code électoral.

Les représentants des personnels médicaux sont désignés par la commission médicale d'établissement en son sein.

Le directeur arrête la liste nominative des membres des Chsct.

Tout représentant suppléant désigné, selon le cas par une organisation syndicale ou la commission médicale d'établissement, peut siéger en remplacement de tout représentant titulaire désigné dans les mêmes conditions.

En outre, assistent aux deux Chsct, de membres consultatifs communs :

- le médecin ou les infirmières du service de santé au travail
- l'équipe de direction dont le Directeur des Ressources Matérielles et le Coordonnateur Général des Soins
- l'ingénieur des services techniques
- le responsable sécurité
- le médecin ou l'infirmière hygiéniste
- les psychologues du travail
- l'inspecteur du travail.

Les Chsct peuvent faire appel, à titre consultatif et occasionnel, à toute personne de l'établissement qui leur paraîtrait qualifiée. Les personnes ainsi invitées ne disposent d'aucun droit que celui d'intervenir sur un domaine entrant dans leur champ de compétence.

4.2. Attributions: les missions, les consultations obligatoires, rapport et programme annuels

Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ont pour missions de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des personnels de l'établissement, ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail.

Ils procèdent à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les personnels de l'établissement, à l'analyse des conditions de travail et à l'analyse de l'exposition des personnels à des facteurs de pénibilité.

Ils contribuent à la promotion de la prévention des risques professionnels et proposent des actions en ce sens.

Ils procèdent à des inspections à intervalles réguliers. Leur fréquence est au moins égale à celle des réunions ordinaires des Chsct.

Ils réalisent des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Les Chsct sont obligatoirement consultés avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, avant toute transformation importante des postes de travail ou de l'organisation du travail.

Ils sont consultés sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des personnels, sur les aménagements des postes de travail.

Les Chsct émettent un avis sur le bilan annuel de la santé, de la sécurité et des conditions de travail ainsi que des actions menées au cours de l'année, et sur le programme de prévention pour l'année à venir, présentés par le chef d'établissement. Ils peuvent proposer un ordre de priorité et adopter des mesures supplémentaires.

Texte(s) de référence
L 4611-1 à L 4614-16 du code du travail
R 4615-1 à R 4615-21 du Code du Travail

CHAPITRE II – ORGANISATION INTERNE

Section 1 – L'organisation polaire

1. Organisation interne

L'organisation interne en pôle est détaillée de manière exhaustive dans l'[Annexe : Règlement intérieur des pôles](#).

Celui-ci détaille notamment les instances internes au pôle et fournit les fiches de mission (nomination, positionnement, missions) des personnes suivantes :

- Chef de pôle
- Cadre de pôle
- Directeur référent de pôle
- Contrôleur de gestion de pôle
- Responsable de structure interne

Vous trouverez en trouverez ci-dessous quelques extraits.

Le directeur arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôles d'activité (1).

L'organisation de l'établissement en pôles d'activité est définie par le directeur (2), après avis du président de la commission médicale d'établissement.

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

L'établissement a arrêté son organisation autour de 5 pôles d'activité clinique et 1 pôle médico-technique :

- Pôle Médecine
- Pôle Chirurgie
- Pôle Médecine d'Urgence
- Pôle Femme-Mère-Enfant
- Pôle Gériatrie
- Pôle Médico-Technique

Et, conformément à son projet médical et stratégique, les structures internes tendent progressivement à être organisées de façon intersites (Evreux - Vernon).

Chaque pôle comprend un chef de pôle, un cadre de pôle, un directeur référent et un contrôleur de gestion, le « quatuor de pôle ».

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique.

[Annexe : Règlement intérieur des pôles](#)

2. Contractualisation

2.1. Les contrats de pôle (2) (3)

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

Le contrat de pôle est signé pour une période de quatre ans entre le directeur et le chef de pôle, après concertation avec le directoire.

La signature de chaque contrat de pôle est précédée d'une phase de dialogue entre le directeur, ses équipes, le chef de pôle et ses équipes.

Il peut faire l'objet d'avenants. Il donne également lieu en règle générale à une ou plusieurs réunions de dialogue de gestion par an entre la direction et le pôle.

Les contrats de pôle contiennent une série d'éléments essentiels pour la bonne gestion de l'ensemble des pôles : organisation interne, délégations de signature, gestion des ressources humaines, relations avec les autres pôles, développement ou évolution des activités, organisation de la permanence des soins, modalités d'intéressement...

Conclu avec chaque pôle, le contrat en précise les objectifs et les moyens.

Les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins sont obligatoirement définis.

Le contrat fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs. Le contrat de pôle est signé avant l'élaboration du projet de pôle, auquel il donne un cadre.

2.2. Les projets de pôle (4)

Il revient à chaque chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique d'élaborer un projet de pôle. Celui-ci doit être en cohérence avec les projets des autres pôles, mais aussi le contrat de pôle, le projet médical et le projet d'établissement.

Il a pour objet de définir (5):

- les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle.

Il prévoit :

- les évolutions du champ d'activité de ces structures ;
- les moyens et l'organisation qui en découlent.

Ainsi le projet de pôle détermine l'activité médicale du pôle, les objectifs de niveau d'activité pour chaque structure interne ou pour les professionnels, les ressources nécessaires et à venir, les évolutions, etc.

Texte(s) de référence

(1) Art. L.6143-7 du Code de la santé publique
--

(2) Art. L.6146-1 du Code de la santé publique
(3) Art. R.6146-8 du Code de la santé publique ;
(4) Art. L.6146-dernier alinéa du Code de la santé publique
(5) Art R.6146-9 du Code de la santé publique. (Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé). Article 2 du décret précité.

Section 2 – Organisation des soins

1. Permanence et continuité des soins

La permanence des soins concerne l'ensemble des activités médicales de nuit et de week-end accomplies par les praticiens du CH Eure-Seine auprès des nouveaux malades accueillis et pris en charge au sein de l'établissement au cours de ces mêmes périodes.

La continuité des soins concerne l'ensemble des activités médicales réalisées au cours des périodes de nuit et week-end pour assurer la prise en charge des malades déjà présents au sein de l'établissement.

La Commission de l'organisation et de la permanence des soins (Cops) définit annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité. Ses attributions sont précisées par la réglementation.

2. Garde administrative

La garde administrative découle du principe de continuité du service public (1). Elle est organisée pour veiller à la bonne marche du service public hospitalier et parer à tout événement qui pourrait entraver le fonctionnement normal.

Elle est assurée par un membre de l'équipe de direction (2) selon un calendrier établi par le directeur général.

Pendant sa garde, le directeur de garde assure :

- la permanence de la direction. Le directeur de garde intervient en tant que représentant du directeur et dispose à ce titre d'un pouvoir décisionnel dans les domaines qui lui ont été délégués.
- La continuité du fonctionnement des services et des équipements. Le directeur de garde intervient en cas d'événement imprévu pour gérer les besoins en personnels et en matériels.
- La réponse aux urgences. L'urgence désigne une situation qui exige une réponse immédiate en raison de ses effets sur la santé, la sécurité ou le confort des patients. C'est cette urgence qui permet de délimiter les pouvoirs du directeur de garde, puisqu'il doit prendre les mesures conservatoires qui s'imposent.

La garde administrative s'appuie sur les gardes spécialisées (gardes médicales, paramédicales, techniques, médico-techniques...).

Texte(s) de référence
Art L 3112-3 du Code de la santé publique
Décret N° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des personnels de direction

3. La Pharmacie à usage intérieur (Pui)

3.1. Missions

Le Code de la Santé Publique décrit les « besoins pharmaceutiques » de l'établissement auxquels sa [Pharmacie à Usage Intérieur](#) est chargée de répondre et par conséquent les missions qui lui sont dévolues.

Les activités obligatoires (1) sont la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments. D'autres missions soumises à autorisation optionnelles peuvent s'ajouter aux missions de base, parmi lesquelles figurent :

- La stérilisation des dispositifs médicaux. Activité autorisée par l'Agence régionale de santé.
- La vente de médicaments au public, la rétrocession autorisée pour la PUI sur les deux sites Evreux et Vernon.
- La réalisation de préparations hospitalières à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques
- La délivrance d'aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (ADDFMS)

En complément de ces missions, le Code de la Santé Publique en confie d'autres aux pharmacies hospitalières :

- Mener ou participer à toutes actions d'information sur les produits de santé et de promotion et d'évaluation de leur bon usage, contribuer à leur évaluation,
- Concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- Mener ou participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

La gérance de chaque pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien responsable de la structure interne de pharmacie (2) nommé par le représentant légal de l'établissement. Il est notamment responsable du respect de toutes les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'activité pharmaceutique.

La comptabilité matière de la pharmacie est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité hors de tous managements de fonds.

Amplitude horaire

Pharmacie de l'hôpital d'Evreux :

- Du lundi au vendredi de 8 h30 à 17h00
- Le samedi de 8h30 à 13h30

La rétrocession de médicaments aux particuliers est ouverte de 9h00 à 16h00 du lundi au vendredi.

Stérilisation centrale de l'Hôpital d'Evreux :

- Du lundi au vendredi de 6h45 à 21h00
- Le samedi de 9h30 à 17h00

Pharmacie de l'hôpital de Vernon :

- Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00

La rétrocession de médicaments aux particuliers est ouverte de 13h30 à 16h30 du lundi au vendredi.

Permanence des soins pharmaceutiques : un pharmacien est d'astreinte à domicile pour les sites hospitaliers d'Evreux et de Vernon à partir de 18h30 tous les jours de la semaine ainsi que le week-end et les jours fériés.

Texte(s) de référence
(1) Art L. 5126-5 du Code de la santé publique
(2) Art R. 5126-24 du Code de la santé publique
(3) Art L. 4241-1 du Code de la santé publique

CHAPITRE III - SECURITE ET HYGIENE

Section 1 – La sécurité

Introduction :

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles visent aussi à assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le directeur général et par délégation des directeurs adjoints édictent ces règles par voie de notes de service, 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.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein du site hospitalier, 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.

Dans la mesure où les conventions qui lient l'hôpital à certains organismes hébergés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes. Ils en sont informés et sont tenus de porter à la connaissance du Directeur les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils sont autorisés à occuper.

1. Accès à l'hôpital et produits prohibés

L'accès dans l'enceinte du site hospitalier est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leur travail.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires. L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein du site hospitalier n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux, et au besoin reconduits à la sortie de l'hôpital.

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles. Sauf besoins ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux (sous réserve de dérogation particulière prévue), alcool, produits stupéfiants, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux, ou prohibés par la loi.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière.

Puis les objets et produits prohibés par la loi sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

Toute personne qui crée un trouble au sein du site hospitalier est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il lui est enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du site, avec en cas de besoin appel aux autorités de police.

2. Sécurité générale

Tous les personnels assurant la sécurité générale, exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur, dans le strict respect de la loi et des textes pris pour son application et le cas échéant, des contrats de service éventuellement conclus par la direction fonctionnelle en charge du marché de gardiennage.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par le code pénal et par le code de Procédure pénale.

Ils sont habilités à retenir durant le temps nécessaire toute personne en situation de flagrant délit (pour remise aux autorités de police) et tout patient désorienté ou susceptible visiblement de courir un danger à l'extérieur du site (en attendant sa prise en charge par un service de soins).

2.1. Règles de responsabilité

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance, pour éviter dans la mesure du possible 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, de malveillance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

3. Sécurité incendie

Le site est assujéti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public.

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie.

Tout aménagement intérieur (modification de local, portes, revêtements, décoration et gros mobilier, etc...) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la direction des ressources matérielles.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers, au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être respectées scrupuleusement.

4. Rapports avec les services de police, de gendarmerie de justice

Ces rapports sont encadrés par les textes, et seront précisés dans le protocole relatif aux rapports entre le CH Eure-Seine et les services de police, de gendarmerie et de justice, actuellement en cours de validation.

5. Dispositif Vigipirate

La vigilance de tous renforce l'efficacité du dispositif Vigipirate. Chacun doit maintenir un minimum de vigilance, surtout dans les lieux publics très fréquentés, même dans les périodes qui peuvent donner une impression d'absence de menace.

Il s'agit notamment de respecter les consignes suivantes :

- ne pas laisser d'objets et colis sans surveillance ;
- signaler au service de sécurité incendie tout objet présentant un caractère insolite et dont le propriétaire n'a pas pu être identifié localement ;
- signaler les agissements ou comportements manifestement anormaux qui pourraient faire penser qu'un acte malveillant va être commis ;
- ne pas se garer dans les endroits qui font l'objet d'une interdiction ;
- refermer toutes les portes de sorties des bâtiments après les avoir franchies, après 22h00 en particulier.

Que faire en cas de découverte d'un « bagage ou colis abandonné » ?

Un bagage ou colis sans propriétaire apparent est immédiatement considéré comme un "bagage/colis abandonné". Si l'identification du propriétaire n'est pas obtenue immédiatement, des procédures de sécurité sont aussitôt mises en œuvre : périmètre de sécurité, appel aux autorités, intervention des services spécialisés.

Quels sont les réflexes à avoir en cas de suspicion ?

L'activité d'un individu ou d'un groupe qui paraîtrait anormale doit être signalée au service de sécurité incendie du site dans lequel vous vous trouvez. Cette attitude citoyenne a déjà permis de déjouer des tentatives d'actes de malveillance.

6. Situations sanitaires exceptionnelles - le plan blanc

6.1. Situations sanitaires exceptionnelles

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique introduit la notion de veille, d'alerte et de gestion de situations d'urgences sanitaires afin de faire face à un afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Les principaux événements pouvant nécessiter la mise en œuvre d'un système de gestion de crise sanitaire sont :

- Risque biologique émergent ;
- Epidémie ;
- Accident technologique ou acte de malveillance impliquant des agents NRC ;
- Accident avec nombreuses victimes non contaminées ;
- Phénomène climatique ;
- Distribution d'antidote à la population.

Le décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles, complété par l'instruction DGS/DUS/SGMAS n°2014-153 du 15 mai 2014, définit le schéma de planification du système de santé dit « ORSAN ».

Les ARS mettent en œuvre le dispositif ORSAN qu'elles mettent à disposition des Préfets. Le plan blanc est un élément du schéma ORSAN.

Ce cadre a vocation à constituer le volet « santé » des plans de défense et de sécurité.

Le dispositif ORSAN est complémentaire du dispositif ORSEC. En effet, en cas de crise le dispositif ORSAN sert à organiser l'offre de soins dans toutes ses composantes pour une prise en charge adaptée des patients, en aval du dispositif ORSEC.

6.2. Le plan blanc

Le Plan blanc est arrêté par l'instance délibérative de l'Etablissement puis transmis aux représentants de l'Etat dans le département et à l'ARS.

Il est déclenché par le directeur général qui informe sans délai le Préfet de département. Il peut aussi être déclenché à la demande du représentant de l'Etat dans le département. L'objectif consiste à mettre en place une organisation opérationnelle permanente et unique de gestion des événements affectant en profondeur notre fonctionnement quotidien.

Le dispositif opérationnel Plan blanc est la somme d'outils opérationnels utilisables selon les circonstances. Ces derniers ont vocation à être suffisamment souples pour s'adapter à différentes situations, non scénarisées notamment. Cette démarche consiste à atténuer les effets, c'est-à-dire à consolider la résilience de nos organisations et leur capacité d'adaptation.

En situation sanitaire exceptionnelle, le directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

7. Gestion des risques professionnels

Le directeur général et les équipes de direction prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé (1) des travailleurs.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques professionnels (document unique), ils définissent et mettent en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées.

Ils informent régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention.

Ils organisent 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.

Ils prévoient un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des mesures qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

Texte(s) de référence

(1) Art L 4121-1 à 5 du Code du travail

Section 2 – Circulation, stationnement et règles de responsabilité

1. Circulation - stationnement

Les dispositions du code de la route s'appliquent sur l'ensemble des voies de desserte et parc de stationnement automobile ouverts aux usagers du service public hospitalier ainsi que son personnel. Le directeur, ou son représentant, assure la police de la circulation et du stationnement dans l'enceinte de l'hôpital.

La vitesse maximum autorisée est de 20 km/h.

Dans les enceintes des différents sites du Centre Hospitalier, les véhicules ne peuvent être stationnés que sur des emplacements manifestement prévus à cet effet.

Le stationnement de tout type de véhicules autres que ceux mentionnés ci-dessous est interdit et considéré comme gênant en dehors des emplacements tracés à cet effet ; un autocollant d'interdiction de stationner peut être apposé sur la vitre latérale conducteur du véhicule par un agent du service de sécurité incendie.

- Véhicule d'intérêt général prioritaire : véhicule des services de police, de gendarmerie, des douanes, de lutte contre l'incendie, d'intervention des unités mobiles hospitalières.
- Véhicule d'intérêt général bénéficiant de facilités de passage : ambulance de transport sanitaire, véhicule sanitaire léger (VSL), de transport de produits sanguins et d'organes humains.

Les voies à usage prioritaire pour les véhicules d'intervention du Service Départemental d'Incendie et de Secours sont ouvertes au public ; cependant, le stationnement et l'arrêt sur ces voies utilisables par les engins de secours et autres espaces libres est interdit et considéré comme gênant. Là également, le CH Eure-Seine, sous l'autorité du directeur, peut être amené à apposer des autocollants rappelant l'interdiction de stationner sur les vitres latérales des véhicules contrevenants.

L'intégralité de la voirie doit demeurer libre afin de permettre la sortie immédiate des véhicules du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

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

2. Règles de responsabilité

La mise en place de mesures de surveillance, pour éviter dans la mesure du possible que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement, ne modifie pas les règles normales de responsabilité hospitalière.

Dans le cas de détérioration ou vol d'un véhicule sur un parking du CH Eure-Seine, il appartient à la victime d'effectuer la démarche de dépôt de plainte auprès des services de police.

3. Cas des véhicules stationnés de manière prolongée

Si le véhicule est stationné de façon prolongée, l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 définissant la procédure d'enlèvement de véhicule prévoit que « peuvent, à la demande du maître des lieux et sous sa responsabilité, être mis en fourrière, aliénés et éventuellement livrés à la destruction, les véhicules laissés sans droit dans les lieux publics ou privés où ne s'applique pas le Code de la route ».

Cette procédure nécessite obligatoirement une mise en demeure préalable du propriétaire du véhicule, puis le recours à l'officier de police judiciaire qui fera procéder à l'enlèvement. Si le propriétaire n'est pas connu, la direction joint à sa requête une demande d'identification en communiquant le numéro d'immatriculation.

Section 3 – Règles de vie collective

1. L'hygiène à l'hôpital

Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital. Chacun est tenu de l'observer.

2. Les animaux à l'hôpital

Les animaux domestiques à l'exception des chiens guides d'aveugles, ne peuvent être introduits dans l'enceinte et dans les locaux des différents sites du Centre Hospitalier, (hors Ehpad).

3. L'interdiction de fumer

Par mesure de santé publique, d'hygiène et de sécurité, et conformément à la réglementation, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier.

Cette interdiction s'applique également aux cigarettes électroniques, dont il est interdit de faire usage au sein de l'établissement.

Tout contrevenant, membre du personnel, patient, résident ou visiteur, s'expose à des sanctions en cas de manquement à cette interdiction.

4. Les téléphones portables

Par mesure de sécurité et de respect des patients hospitalisés, il est vivement conseillé d'éteindre les téléphones portables dans les services.

5. Objets et produits interdits

La détention et la consommation d'alcool, de drogue et de tous les produits illicites sont formellement interdites dans l'enceinte de l'établissement.

6. Respect de la neutralité du service public

Au sein de l'institution hospitalière, toute personne est tenue au respect du principe de neutralité et de laïcité du service public (1) dans ses actes comme dans ses paroles.

La distribution de tout document à caractère politique, religieux ou associatif, à des fins de propagande ou de prosélytisme, est interdite dans l'ensemble des locaux des différents sites du Centre Hospitalier.

Les signes d'appartenance religieuse - quelle qu'en soit la nature - ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés - individuellement ou collectivement - par les malades, leurs familles, les visiteurs ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

[Annexe : Charte de la laïcité](#)

Texte(s) de référence

Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.
--

CHAPITRE IV - L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le CH Eure-Seine définit et met en œuvre une politique en adéquation avec les besoins de la population accueillie, des professionnels et des visiteurs, évalue son activité et fait l'objet, périodiquement, d'une procédure d'évaluation externe dénommée « certification ».

Section 1 – La mise en œuvre de la politique qualité

Le projet qualité est un élément essentiel du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité. Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels.

La Commission médicale d'établissement émet un avis sur le programme qualité sécurité des soins, validé par la conférence des pôles qui constitue le Copil qualité. La mise en œuvre de ce programme est déclinée sous forme d'objectifs qualité inscrits dans les contrats de pôle.

L'amélioration de la qualité est le résultat de démarches internes conduites par les professionnels. Elle est obtenue grâce à une approche systémique des processus de travail, l'analyse des dysfonctionnements et l'engagement des personnes à mettre en œuvre les actions d'amélioration. La direction qualité impulse les différentes démarches d'amélioration menées dans l'ensemble des services de l'institution, sélectionne des thèmes prioritaires résultant des analyses pratiques et des audits de processus, des visites de certification, des enquêtes de satisfaction, et des avis et propositions émis par la [Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge](#) (Cruqpc).

Enfin la direction qualité assistée par la cellule qualité gestion des risques assure le suivi

des actions, rédige le bilan et propose le programme qualité gestion des risques pour l'année suivante.

Pour améliorer la démarche qualité, l'institution forme des auditeurs internes dans toutes les catégories professionnelles, et dispose de référents pour les évaluations de pratiques professionnelles.

Un règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement du Comité de Pilotage (Copil) Qualité, du [Comité de Gestion des Risques et de Revue des Evènements Indésirables \(CREI\)](#) et de la Cellule qualité Gestion des Risques.

Section 2 – Organisation de la démarche de certification

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche qualité. Elle a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité du service rendu au patient. Cette procédure donne lieu à la visite d'experts de la Haute autorité de santé (Has), instance consultative à caractère scientifique et indépendante. Elle s'inscrit dans un double courant international qui prône :

- d'une part, une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs,
- et d'autre part, une démarche d'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus. La procédure de certification des établissements de santé concerne l'ensemble du fonctionnement et prend en compte les mesures prises pour assurer le respect des droits des malades et les résultats obtenus à cet égard.

Section 3 – La gestion des risques

1. La déclaration des événements indésirables

Un événement indésirable lié aux soins est un événement clinique ou para clinique non désiré pour le patient, consécutif à l'exécution ou à la non-exécution des actes de prévention, de diagnostic, de traitement ou de surveillance relatifs à la prise en charge du patient.

La déclaration des événements indésirables est une démarche qui doit être effectuée par tous les professionnels acteurs ou témoins d'un événement indésirable. La déclaration se fait par voie électronique via le logiciel interne blumedi.

Conformément à la loi Hpst, un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est nommé depuis 2012. En collaboration avec les gestionnaires de risques de l'établissement, il analyse les déclarations d'événements indésirables et suit les réponses apportées aux déclarants ainsi que la mise en œuvre des actions d'amélioration.

Le directeur général de l'établissement, le président de la Cme et le coordonnateur des soins ont signé une charte de soutien à la déclaration des événements indésirables communiquée dans tous les secteurs. Cette charte stipule l'engagement de la direction à ne pas sanctionner et l'engagement de l'encadrement à soutenir les professionnels dans cette démarche de signalement d'un événement indésirable. Cette démarche a pour objet d'installer une culture de sécurité collective, de développer une gestion positive de la déclaration dans le but d'améliorer les pratiques.

Un Praticien Coordonnateur de la Gestion des Risques associés aux soins participe à la démarche qualité et gestion des risques de l'établissement placée sous la responsabilité du Directeur de la Qualité.

2. Les principales vigilances

La vigilance fait partie de la qualité garantie à l'hôpital. Un correspondant local nommé dans chaque domaine assure une coordination avec l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments (ANSM). Il en existe différents types :

- La **pharmacovigilance** a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments. C'est l'ensemble des techniques d'identification, d'évaluation et de prévention du risque d'effet indésirable des médicaments mis sur le marché à titre onéreux ou gratuit. La pharmacovigilance contribue largement au bon usage du médicament. En effet, ayant pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable, elle permet de mieux évaluer le rapport bénéfique / risque, stratégie à la base de toute prescription médicamenteuse.
- La **matéiovigilance** intervient dans la surveillance des incidents pouvant résulter de l'utilisation de dispositifs médicaux après leur mise sur le marché. Le dispositif médical est tout instrument, appareil, équipement matière, produit (sauf produits issus du corps humain) ou tout article seul ou en association, destiné par le fabricant à être utilisé par l'homme à des fins médicales, c'est-à-dire de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement, d'atténuation d'une maladie ou d'une blessure.
- La **réactovigilance** a pour objet la surveillance des incidents et risques d'incidents résultant de l'utilisation d'un dispositif médical de diagnostic in vitro (DMDIV). Un pharmacien responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse s'assure de la sécurisation du circuit des médicaments et dispositifs médicaux.
- L'**Hémovigilance** est l'ensemble des procédures de surveillance et d'évaluation des incidents, ainsi que des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de Produits sanguins Labiles (PSL). Elle porte sur l'ensemble de la chaîne transfusionnelle allant de la collecte des PSL jusqu'au suivi des receveurs. L'**Hémovigilance** comprend également le suivi épidémiologique des donneurs. Un correspondant local d'hémovigilance apporte son expertise et assure la coordination entre les professionnels et l'Etablissement Français du Sang (EFS).
- La **biovigilance** concerne le prélèvement, la collecte, la fabrication, la préparation, la transformation, la conservation, le transport, la distribution, la cession, l'importation, l'exportation, la répartition, l'attribution, la greffe ou l'administration d'éléments et produits du corps humain. Il s'agit donc d'une veille sanitaire très complexe sur tous les maillons de la chaîne allant des donneurs (patients vivants) aux receveurs. Par ailleurs, cette vigilance est d'autant plus importante que le cadre juridique concernant ces éléments s'intensifie. Un correspondant local de biovigilance apporte son expertise et assure la coordination entre les professionnels et l'Agence de biomédecine.
- L'**infectiovigilance** est l'obligation de signaler en interne, et éventuellement en externe (aux autorités sanitaires et aux CCLIN) certaines infections associées aux soins. Le but principal est de connaître les causes de ces accidents de façon à mettre en place une politique active de prévention et de traitement de ces infections. Un correspondant local d'infectiovigilance apporte son expertise et assure la coordination entre les professionnels et le CCLin de Haute Normandie.

- L'**identito-vigilance** a pour but d'anticiper les erreurs et risques qui pourraient découler d'une mauvaise identification des patients. Pour fiabiliser cette identification, des consignes ont été rédigées en vue de rendre homogènes les pratiques. L'objectif : une identification fiable et unique du patient dans le système d'information car une erreur d'identité peut entraîner des conséquences graves sur la prise en charge médicale. Cette unicité doit permettre de garantir la qualité, la continuité des soins et la sécurité des échanges. L'établissement s'est doté d'une **cellule d'identito-vigilance** animée par un professionnel nommé identitovigilant.
- La **radioprotection** est un ensemble de mesures destinées à assurer la protection de la population et des travailleurs face aux rayonnements ionisants. Pour les travailleurs pouvant être soumis à des rayonnements ionisants lors de leur activité (industries nucléaires, médecins, radiologues...), une réglementation très stricte et un suivi sanitaire particulier s'imposent. Des référents : Personnes Compétentes en Radioprotection (PCR) assurent la formation des professionnels et le suivi des contrôles.

3. Les instances relatives à la qualité et la sécurité des soins

Ces instances concourent à l'élaboration et au suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins sous l'égide de la commission médicale d'établissement, et de son président, vice- président du directoire.

Le directeur général et le président de la Commission médicale d'établissement définissent conjointement, en concertation avec la commission médicale d'établissement, les modalités de coordination de ces instances, dans le respect de leurs attributions respectives.

Les instances conduisent par ailleurs leurs missions en lien étroit avec la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi qu'avec la Cruqpc. Leurs rapports annuels respectifs sont pris en compte dans le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques que le Copil Qualité propose au directeur (1).

Il est rappelé que ce programme découle 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.

Ces instances sont notamment les suivantes :

- Le Comité de Pilotage (Copil) Qualité,
- [Le Comité de Gestion des Risques et de Revue des Evènements Indésirables \(CREI\)](#),
- [La Commission du MEDicament et des Dispositifs Médicaux Stériles \(COMEDIMS\)](#),
- [La Commission des Evaluations des Pratiques Professionnelles \(EPP\) et du Développement professionnel continu \(Dpc\)](#),
- [Le Comité d'IdentitoVigilance \(CIV\)](#),
- [Le Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales \(CLIN\)](#),
- [Le comité des Antibiotiques](#),
- [Le Comité de Lutte contre la Douleur et les Symptômes d'inconfort \(CLUDS\)](#),
- [Le Comité de Sécurité Transfusionnel et d'Hémovigilance \(CSTH\)](#),
- [Le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition \(CLAN\)](#),
- [Le comité de prise en charge des Droits des Patients et des Soins Palliatifs \(DPSP\)](#),
- [Le comité Espace de Réflexion Ethique \(ERE\)](#),

Texte de référence
(1) L 6144-1 du Code de la santé publique

Section 4 : Procédure d'examen des plaintes et réclamations

Le CH Eure-Seine intègre dans son programme qualité des objectifs définis après l'analyse des plaintes et réclamations formulées par les patients ou leur famille. En effet, cette gestion apporte des éléments de connaissance sur leurs besoins et leurs attentes, et permet de décider des mesures d'amélioration de la qualité. Que le patient soit satisfait ou non, il est donc très important qu'il en fasse part.

Au CH Eure-Seine, comme dans chaque établissement de santé, une [Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge](#) (Cruqpc) a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est consultée sur la politique qualité menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formulées par les usagers de l'établissement, ainsi que des suites qui leur sont données.

1. La formulation de la plainte ou réclamation

Si le patient et ses proches ne sont pas satisfaits de la prise en charge, ils sont invités à s'adresser directement au responsable médical ou cadre concerné. Si ces premières démarches n'apportent pas satisfaction, le patient ou ses proches peuvent écrire à la direction juridique et des relations avec les patients qui veillera à ce que la plainte ou réclamation soit instruite selon les modalités prescrites par le code de la santé publique.

Toute personne ne pouvant s'exprimer qu'oralement peut voir sa demande ou réclamation consignée par écrit avec délivrance d'une copie.

La direction communication et droit des patients reçoit ces différentes réclamations, pour lesquelles elle diligente systématiquement une enquête administrative auprès du service médical concerné, et adresse les éléments de réponse au plaignant.

Elle peut saisir la Cruqpc autant que de besoin.

2. Le rôle des médiateurs

Les médiateurs (1) sont saisis directement par le représentant légal de l'établissement : soit de sa propre initiative (dans cette hypothèse il en informe le plaignant dans les meilleurs délais), soit à la demande du plaignant. Ils sont saisis sans convocation, à l'exception des documents disponibles concernant la plainte qui leur est soumise (copie de la plainte, courrier, etc...).

Les plaintes ou réclamations mettant exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service relèvent de la compétence du médiateur médecin, tandis que les autres plaintes ou réclamations relèvent du médiateur non-médecin.

Les deux médiateurs peuvent être simultanément saisis si la plainte ou la réclamation regroupe les deux champs.

Le médiateur saisi rencontre l'auteur de la plainte ou de la réclamation dans les huit jours de sa saisine (sauf refus ou impossibilité du plaignant). Si l'auteur de la plainte ou réclamation est un patient hospitalisé, cette rencontre doit, si possible, avoir lieu avant sa sortie.

Les proches du patient peuvent être rencontrés.

Le médiateur adresse le compte-rendu de cette rencontre au président de la Cruqpc dans les huit jours suivant la rencontre. Ce dernier le transmet sans délai aux membres de la Cruqpc et au plaignant.

3. L'intervention de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (Cruqpc)

a) Missions

La Cruqpc (2) (3) a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Sur la base des informations transmises, la Cruqpc formule des recommandations, éventuellement après avoir rencontré l'auteur de la réclamation. Ces recommandations tentent d'apporter une solution au litige ou elles indiquent au plaignant les voies de conciliation ou de recours dont il dispose. La Cruqpc peut aussi rendre un avis motivé en vue du classement du dossier.

Dans un délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal du Centre Hospitalier Eure-Seine - Hôpital d'Evreux- Vernon, répond à l'auteur de la réclamation en joignant à son courrier l'avis de la Cruqpc. Ce courrier est transmis aux membres de la Cruqpc.

En principe, la Cruqpc se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président et en fonction d'un calendrier établi au début de l'année civile.

Elle se réunit chaque fois que nécessaire pour l'examen des plaintes et réclamations reçues.

Si le patient conteste la réponse apportée par le CH Eure-Seine, il est alors informé sur les différentes voies de recours, qui sont :

- La demande de règlement amiable auprès du CH Eure-Seine, qui sera transmise à l'assureur de l'établissement.
- La saisie de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI). Celle-ci a été créée pour faciliter à titre principal le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales. La CCI compétente pour les demandes d'indemnisation concernant le CH Eure-Seine – Hôpital d'Evreux-Vernon, a son secrétariat implanté à Bagnolet (Seine-Saint-Denis). Elle doit être saisie directement.
- La saisie du Tribunal administratif de Rouen.

La commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (Cruqpc) 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, elle reçoit

tout un ensemble d'informations (synthèse des plaintes et réclamations, nombre de demandes de dossiers médicaux du patient, résultats des enquêtes de satisfaction...) permettant :

- de procéder 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,
- de recenser les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, et d'évaluer l'impact de leur mise en œuvre,
- de formuler 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.

Ces informations figurent dans un rapport transmis au Conseil de surveillance.

b) Composition

La commission est composée comme suit :

- le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ;
- deux médiateurs médicaux et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- un médiateur non médical et son suppléant ;
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

La composition se complète de la présence de membres invités permanents :

- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins,
- la directrice des soins,
- la directrice de la qualité.

c) Information donnée au patient sur cette commission

La liste et les contacts de la Cruqpc figurent dans la fiche « la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge », insérée dans le livret d'accueil de la personne hospitalisée, et sur le site internet de l'établissement, rubrique « vos droits, vos démarches ». Elle est également affichée dans l'établissement.

Dans cette Commission siègent des représentants des usagers. Tout sujet relatif à des réflexions, suggestions ou éventuelles réclamations concernant des questions d'ordre général pourra être traité. Leurs coordonnées figurent dans la fiche « La Commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge », insérée dans le livret d'accueil de la personne hospitalisée et sur le site internet de l'établissement, rubrique « Vos droits, vos démarches ».

Texte(s) de référence
(1) R 1112-93 et -94 du Code de la santé publique
(2) L 1112-3 du Code de la santé publique R 1112-79 et suivants du Code de la santé publique
(3) Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005

[Annexe : Règlement interieur Cruqpc](#)

LIVRE II – L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DANS L'ETABLISSEMENT

CHAPITRE I - CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS

Section 1 – Principes régissant l'accès aux soins

1. Droit à la protection de la santé

La protection de la santé est un droit fondamental de la personne (1).

Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ainsi que les autorités sanitaires participent à la prévention et aux soins.

Ils contribuent également, avec les usagers, à développer la prévention et à garantir l'égal accès de tous aux soins nécessités par leur état de santé. En outre, ils permettent le maintien de la continuité des soins et garantissent la meilleure sécurité sanitaire possible.

Texte(s) de référence

(1) L 1110-1 du Code de la santé publique

2. Egalité d'accès aux soins – accès aux personnes démunies

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins (1). Ainsi l'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir en permanence et sans discrimination, en consultation comme en hospitalisation, tous les malades dont l'état exige des soins hospitaliers.

Le CH Eure-Seine, hôpital d'Evreux-Vernon, a mis en place par ailleurs une permanence d'accès aux soins de santé (Pass) adaptée aux personnes en situation de précarité. La Pass est une consultation médico-sociale pour les patients en difficulté d'accès aux soins (financière, défaut de repères dans le système de soins français).

Sont concernées :

- les personnes sans couverture sociale,
- les personnes étrangères en situation régulière ou irrégulière,
- les personnes désocialisées, qui ont besoin d'être accompagnées dans un parcours de soins.

La Pass accueille, écoute, informe les usagers sur leurs droits et fait le point sur la situation sociale et sanitaire.

Texte(s) de référence

(1) L 1110-3 du Code de la santé publique

3. Libre choix du malade

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire (1). Ce libre choix, à exercer par le malade lui-même, doit toutefois se concilier avec les règles de fonctionnement de l'hôpital telle que l'organisation des soins ; il ne permet pas en outre au malade 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 (2) (3). 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.

Texte(s) de référence
(1) L 1110-8 du CSP
(2) Circulaire DHOS/G/2005/57 du 02/02/2005 relative à la laïcité
(3) Charte de la laïcité

Section 2 – Consultations et soins externes

1. Définition

Les consultations et soins externes s'adressent aux malades dont l'état ne justifie pas une hospitalisation. Des mesures d'organisation sont mises en œuvre pour un fonctionnement satisfaisant de ces consultations, en s'assurant de l'attention apportée à l'accueil des consultants, tout particulièrement sur le plan des rendez-vous et des délais d'attente.

Sous réserve des dispositions concernant les accouchements sous X et les patients toxicomanes, la facturation de la consultation donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de sa prise en charge.

A cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau des admissions sa carte d'assuré social, une pièce d'identité (comportant une photographie) et le cas échéant un document attestant la prise en charge du ticket modérateur par un organisme tiers payant et son adresse récente (quittance d'électricité, téléphone, gaz...). Si le malade n'est pas assuré social, et sous réserve de l'intervention de la Permanence d'Accès aux Soins, il est tenu de verser le montant de la consultation.

Afin de bénéficier du parcours de soins coordonnés, le patient doit déclarer à l'Assurance maladie dont il dépend les nom et prénom de son médecin traitant. A ce titre, un médecin hospitalier peut être choisi et déclaré aux organismes de Sécurité Sociale comme médecin traitant assurant le premier niveau de recours aux soins et orientant le patient dans le parcours de soins coordonnés.

2. Tarifs des consultations externes

Tout patient ne bénéficiant pas d'une couverture sociale ou ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à un quelconque organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité des soins externes sur le site. Lorsqu'il bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, le patient paie seulement le ticket modérateur sauf situation d'exonération spécifique ou de prise en charge par un autre organisme tiers.

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou le service social hospitalier peuvent intervenir pour l'accès aux consultations des personnes dépourvues de ressources suffisantes.

Section 3- L'admission en hospitalisation

1. Dispositions générales

1.1. Modes d'admission

L'admission à l'hôpital est prononcée par le directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement(1).

Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par un médecin ou un interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans mention de l'affection qui motive l'admission. Il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service hospitalier donnant tous renseignements d'ordres médicaux utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

L'admission peut être aussi prononcée par le Directeur Général de l'Agence régionale de santé en cas de refus de l'établissement de recevoir un malade remplissant les conditions, alors qu'un lit est disponible à cet effet (2).

Texte(s) de référence
(1) R 1112-11 du Code de la santé publique
(2) R 1112-12 du Code de la santé publique

1.2. Formalités administratives

Sous réserve de certaines dispositions, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation. A cet effet, le malade ou, le cas échéant, son représentant doit présenter à l'espace accueil clientèle sa carte Vitale, une pièce d'identité (comportant une photographie) et le cas échéant un document attestant la prise en charge du ticket modérateur par un organisme tiers payant. Il peut lui être demandé de justifier son adresse par tout document.

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent. Si le patient ne peut pas présenter sa carte Vitale ou un document attestant de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie dont il relève. S'il n'est pas assuré social, il est tenu de signer un engagement de payer les frais d'hospitalisation hors les cas d'urgence.

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

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

1.3. Dépôt des biens et valeurs – responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d'un bien appartenant au malade

Lors de toute admission, l'hospitalisé est invité à effectuer, après inventaire, le dépôt des sommes d'argent, et objets de valeur en sa possession.

Une information est donnée à la personne ou à son représentant légal sur les règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement, et sur la responsabilité de celui-ci en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés.

Il est remis au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par l'établissement. Ce document est également versé au dossier du patient.

Dans le cas où la personne, hors d'état de manifester sa volonté et devant recevoir des soins d'urgence, se trouve dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement. Un inventaire de tous les objets dont la personne admise est porteuse est aussitôt dressé, en présence de deux agents.

Si, une fois informée, la personne décide de conserver avec elle les biens susceptibles d'être déposés, la responsabilité de l'hôpital ne peut être engagée, en l'absence de faute établie.

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

Le retrait des objets par le déposant ou son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue aux admissions sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité, et d'un certificat d'hérédité en cas de décès.

Le retrait de valeur représentant une somme d'argent (moyen de paiement, numéraire, chèque..) s'effectue directement auprès de la trésorerie hospitalière.

1.4. Règles d'identification du patient

Le port du bracelet d'identification est proposé à tout patient hospitalisé ou devant bénéficier d'un examen au cours de son passage aux urgences. Le patient ou son entourage est systématiquement informé de l'importance et de la nécessité du port du bracelet.

Le port du bracelet n'est pas obligatoire, le refus du patient doit être respecté et noté impérativement dans son dossier.

[Annexe : Charte d'identification du patient](#)
[Bracelet d'identification](#)

1.5. Information de la famille

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le cadre ou, à défaut, par une infirmière de l'unité.

1.6. Refus d'hospitalisation du malade

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une décharge traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal de refus est dressé.

1.7. Accueil des patients

L'accueil des patients et des accompagnants doit être assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission.

Les hospitalisés sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Un livret d'accueil de la personne hospitalisée, contenant toutes les informations utiles à leur séjour est remis aux patients au moment de leur préadmission et rappelant le contenu de la charte de la personne hospitalisée.

Ce livret comporte notamment en annexe un questionnaire de satisfaction pouvant être déposé à la sortie, la liste nominative des membres de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (Cruqpc), le document de désignation de la personne de confiance et celui de recueil des directives anticipées, ainsi que les résultats des indicateurs qualité publiés par la Haute Autorité de Santé.

Pour les patients hospitalisés directement dans un service, le livret d'accueil et ses annexes leur est remis par le personnel du service d'hospitalisation.

1.8. Régime d'hospitalisation

Le régime commun constitue la modalité d'hospitalisation de principe dans les établissements hospitaliers.

Le régime particulier est appliqué aux malades demandant à disposer d'une chambre répondant à certains critères de confort (chambre seule, bouquet de chaînes satellites, accès WIFI, communication téléphonique en mode illimité...).

Le patient en supporte alors la charge, si sa mutuelle n'intervient pas.

Dans le respect des règles relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers, il existe pour les patients la possibilité d'être pris en charge à leur demande par des médecins qui ont passé avec l'établissement un contrat d'activité libérale.

1.9. Prise en charge des frais d'hospitalisation

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, commun aux deux sites hospitaliers du CH Eure-Seine, facturable et facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou à un tiers payeur.

Le forfait journalier, fixé par arrêté interministériel, représente une participation du malade à ses frais de séjour qui est dû en plus des tarifs de prestations pour chaque journée d'hospitalisation à temps complet. Le forfait journalier doit être réglé au service accueil clientèle du site le jour de la sortie (sauf prise en charge par un tiers payant).

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, un engagement de payer doit être souscrit, avec versement immédiat et renouvelable - sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée - d'une provision calculée sur la base de la durée estimée du séjour. Toujours, sauf dans les mêmes cas d'urgence, les malades étrangers non-résidents sont tenus au dépôt préalable et intégral de cette provision à défaut d'un document attestant d'une prise en charge par leur pays d'origine qui soit accepté par le CH Eure-Seine. Ce dépôt peut être effectué par virement bancaire à distance sur le compte de l'établissement. Le non-paiement des frais de séjour oblige la Trésorerie du CH Eure-Seine à exercer des poursuites contre les malades, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

2. Dispositions particulières à certains patients

2.1. Dispositions particulières aux femmes enceintes

a) Admission en maternité

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 d'établissement ne peut refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement (1) ;
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

En l'absence de lit disponible au sein du site, le Directeur organise cette admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier et pourvu d'un service médicalement adapté au cas de l'intéressée.

Texte(s) de référence

(1) Art R 1112-27 du Code de la santé publique
--

b) Femmes enceintes souhaitant accoucher sous le secret

Si, pour ne pas dévoiler sa grossesse ou la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission (1), aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. L'encadrement du service maternité informe l'Aide sociale à l'enfance (Ase) de l'admission d'une patiente souhaitant accoucher sous le secret. La mère bénéficie d'un accompagnement psychologique et social de la part du service de l'aide sociale à l'enfance (Ase). Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par l'Ase.

L'intéressée est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire (2). Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par l'intermédiaire du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles.

Ces formalités sont accomplies par les correspondants départementaux du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (personnes désignées au sein de l'Ase ou de la Protection maternelle et infantile) avisés sous la responsabilité du Directeur ou, à défaut, par l'administration hospitalière elle-même.

Lorsque la demande d'anonymat émane d'une femme mineure, le directeur, en liaison avec le service social, 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.

Texte(s) de référence

(1) Art L 222-6 du Code de l'action sociale et des familles

(2) Art L 561-2 du Code de l'action sociale et des familles

c) Admission des femmes pour une interruption volontaire de grossesse

Des interruptions volontaires de grossesse (Ivg) sont pratiquées conformément aux dispositions légales et réglementaires avant la fin de la douzième semaine de grossesse. Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une Ivg mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention dans les conditions réglementaires.

L'Ivg est autorisée par la loi pour les femmes étrangères dans les mêmes conditions que pour les femmes de nationalité française, sans conditions spécifiques de durée et de régularité du séjour en France.

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal, doit être recueilli (1).

Toutefois, si la mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soit consulté.

Par ailleurs, le médecin doit vérifier que la démarche de consultation préalable auprès d'un centre de planification, d'un service social ou autre organisme agréé a bien été effectué et que la personne mineure dispose de l'attestation de consultation et qu'elle a bien été conseillée sur le choix de la personne majeure susceptible de l'accompagner dans sa démarche. (2).

Si la mineure s'oppose à cette consultation des titulaires de l'autorité parentale ou si le consentement n'est pas obtenu, l'Ivg ainsi que les actes médicaux et soins liés peuvent être pratiqués à sa demande sous réserve qu'elle soit accompagnée par une personne majeure de son choix dont l'identité doit être tracée dans le dossier patient. Cet accompagnement doit être effectif de l'admission de la mineure jusqu'à sa sortie.

Si le médecin détermine que des soins sont indispensables à la santé de la mineure, des dispositions légales prévoient deux hypothèses :

- La mineure consent au traitement mais ne veut pas que ses parents soient informés de son état de santé : elle dispose d'un droit au secret opposable à ses représentants légaux. Si la mineure a rompu les liens familiaux et bénéficie de la Cmu (majorité sanitaire), seul le consentement de celle-ci est requis (3),
- La mineure refuse les soins, elle n'a pas la possibilité de s'opposer à ce que ses parents soient informés de son état de santé.

Texte(s) de référence
(1) Art L 2212-7 du Code de la santé publique
(2) Art L 2212-4 du Code de la santé publique
(3) Art L 1111-5 du Code de la santé publique

2.2. Militaires

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

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

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

2.3. Détenus

Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne (1), pour chaque établissement pénitentiaire de la région, l'établissement public de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus (2) les soins, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire. (...)».

A ce titre, le site hospitalier d'Evreux dispose notamment d'une chambre sécurisée destinée à accueillir les personnes détenues en provenance de la maison d'arrêt d'Evreux ; la sécurité y est assurée par l'administration pénitentiaire.

Des détenus du Centre de Détenation de Val-de-Reuil peuvent également être admis en urgence ou en consultation.

Texte(s) de référence
(1) Art R.6112-14 du Code de la santé publique
(2) Art L.6111-1 du Code de la santé publique

2.4. Mineurs

a) L'information et le consentement aux soins du patient mineur

Principes :

Le mineur, juridiquement incapable, est représenté par le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur pour les décisions relevant de sa santé (1).

En conséquence, les titulaires de l'autorité parentale sont les dépositaires du droit à l'information, ils consentent à la place du mineur (2).

Le consentement du mineur, s'il n'est pas obligatoire pour la réalisation des soins, doit cependant être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Les mineurs ont par ailleurs le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée selon leur degré de maturité (3).

Pour les actes usuels (ex : prescriptions ou gestes de soin qui n'exposent pas le malade à un danger particulier, les soins courants ou habituels) : chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre à l'égard du tiers de bonne foi : le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause.

Pour les actes non usuels (considérés comme lourds, dont les effets peuvent engager le devenir du malade et ayant une probabilité non négligeable de survenir : actes invasifs tels anesthésie, opération chirurgicale, traitement lourd, hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes) : ces actes nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation.

En cas de refus des parents :

Hors cas d'urgence : en cas de refus des parents ou de l'impossibilité de recueillir leur consentement, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du pôle peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

En cas d'urgence : si le refus des titulaires de l'autorité parentale compromet l'intégrité corporelle ou la vie du mineur, le directeur doit, sur avis du médecin, saisir le juge des enfants et/ou le procureur de la République en vue de la mise en place d'une mesure d'assistance éducative. Cependant l'autorisation du juge ou du procureur ne porte pas sur la décision des soins qui appartient au médecin.

Si le consentement des titulaires de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

b) L'admission d'un mineur

Le principe : l'admission à la demande de l'autorité parentale

L'admission d'un mineur est prononcée par le directeur de l'hôpital, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale (père, mère ou tuteur) ou de l'autorité judiciaire, munie du certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier. Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission.

Les mineurs présentés en urgence

En cas d'urgence, toutes mesures utiles doivent être prises pour que les personnes exerçant l'autorité parentale sur le mineur soient prévenues. Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement (4) ; (5).

Si elles ne peuvent pas être jointes, l'intervention chirurgicale peut être réalisée, sous réserve du respect, dans toute la mesure du possible, des formalités suivantes (3) :

- l'urgence est constatée et l'intervention décidée par le praticien ayant la responsabilité de la prise en charge ;
- la décision d'opérer est consignée par écrit par le médecin qui pratique l'intervention qui mentionne en outre la « nécessité d'opérer en urgence » et précise la date et l'heure, son nom et sa signature ;
- le directeur de l'établissement (ou l'administrateur de garde) est informé par le chirurgien de la nécessité de pratiquer l'intervention ; le procureur de la République doit en être informé ;
- le document est contresigné, dans les meilleurs délais, par le directeur (ou l'administrateur de garde) qui précise sur ce même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale.

Il est recommandé de compléter le dossier d'admission dès que le représentant légal a pu être contacté.

Dans le cas où l'admission en urgence ne se révèle pas nécessaire et n'est pas prononcée, le mineur peut quitter l'hôpital selon la procédure prévue à l'article concernant l'autorisation de sortie des mineurs en fin d'hospitalisation.

Le droit au secret au profit des mineurs (5)

Le mineur dispose, dans certaines hypothèses, d'un droit lui permettant, en accord avec le médecin, de ne pas révéler aux titulaires de l'autorité parentale certains traitements ou certaines interventions concernant sa santé.

Deux cas sont possibles :

- Le premier cas concerne la situation d'un mineur dont le traitement et/ou l'intervention en cause apparaissent indispensables pour sauvegarder sa santé et qui souhaite garder le secret sur ce traitement ou cette intervention.

Le médecin appréciera l'opportunité du refus de dévoiler son état de santé et doit tenter de convaincre le mineur sur sa décision. Si le mineur persiste dans son refus, il sera accompagné d'une personne majeure de son choix.

- Le second cas correspond à celle des mineurs « dont les liens de famille sont rompus » lorsque ces mineurs bénéficient à titre personnel du remboursement en matière d'assurance maladie et maternité et, à partir de 16 ans, de la couverture complémentaire mise en place par la loi créant la CMU, seul leur consentement est requis.

Le mineur en danger

La prise en charge du mineur en danger sera précisée dans le protocole relatif entre le CH Eure-Seine et les services de police, de gendarmerie et de justice.

L'accompagnement des enfants en hospitalisation

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, le directeur d'établissement organise, avec les médecins chefs de service concernés, les modalités d'accompagnement des mineurs par leurs parents au cours de leur séjour.

Les parents ou toute autre personne qui s'occupe du mineur peuvent 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 malades.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution de ces soins.

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

c) La sortie du mineur

La personne exerçant l'autorité parentale doit être informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser si le mineur :

- Peut quitter seul l'établissement ;
- Doit lui être confié ;
- Peut être confié à une tierce personne, qu'elle aura expressément autorisée.

Dans ces deux derniers cas, des justificatifs doivent être exigés pour permettre la sortie du mineur (pièce d'identité de la personne emmenant l'enfant, extrait du jugement). Il est recommandé de conserver la photocopie de ces documents dans le dossier du malade. Ces formalités s'appliquent également aux permissions accordées au cours d'un séjour hospitalier. Il est précisé que le mineur ne peut dans ce cas sortir seul.

Texte(s) de référence
(1) Art 372 à 374-2 du Code civil Art R 1112-34 à R 1112-36 du Code de la santé publique
(2) Art L.1111-2 et R 4127-42 du Code de la santé publique
(3) Art L.1111-4 du Code de la santé publique
(4) Art R 4127-42 et R 4127-43 du Code de la santé publique

(5) Art L 1111-5 du Code de la santé publique
(6) Art 226-14 du Code pénal

2.5. Majeurs légalement protégés

Les biens des majeurs protégés, hospitalisés dans l'établissement, sont administrés dans des conditions particulières régies par des dispositions du code civil et des textes d'application.

- Le majeur sous mesure de sauvegarde de justice ou de curatelle donne son consentement pour toute admission ou intervention chirurgicale le concernant.
- Majeur placé sous tutelle

Le majeur sous tutelle, bien que représenté dans ses droits par le tuteur, décide des actes relatifs à sa santé lorsqu'il est apte à exprimer sa volonté. Ainsi, en fonction des capacités de discernement du majeur sous tutelle, le consentement du tuteur à l'acte de soin n'est pas forcément obligatoire.

Il appartient à la tutelle de se prononcer sur cette question. Dans le cas où le patient n'est pas apte à exprimer sa volonté ou a des difficultés de discernement, le tuteur a alors toute sa place dans la prise de décision et valide le consentement.

2.6. Personnes avec addiction

Les toxicomanes qui se présentent spontanément au Centre Hospitalier afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication, ont lieu dans les conditions prévues par la réglementation.

2.7. Patients victimes de violences

Les victimes de violences peuvent demander à bénéficier d'une stricte confidentialité sur leur présence au sein de l'établissement, dès leur admission.

Les personnels des services de soins ou les assistants sociaux peuvent relayer cette demande aux personnels de l'accueil. Le CH Eure-Seine est porteur du Réseau d'intervention contre les Violences Intra-Familiales (Rivif), permettant de former et d'informer les professionnels de santé sur le dépistage de ces violences, en aidant ainsi la prise en charge des victimes. Ce réseau est composé de différents professionnels de santé (psychologue, assistant social, infirmière, aide-soignante, cadre de santé, juriste, gynécologue, sage femmes, médecin légiste...).

3. L'accueil en urgence du patient

3.1. Le cadre général

L'activité de soins " médecine d'urgence " est exercée selon trois modalités distinctes :

- la régulation des appels adressés au SAMU,
- la prise en charge des patients par une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR),
- la prise en charge des patients en structure d'urgences.

Le SAMU comporte un [Centre de réception et de régulation des appels \(CRRA\)](#).

Celui-ci est interconnecté avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours.

Pour répondre dans les plus brefs délais aux demandes d'aide médicale urgente, le numéro d'appel unique à composer par le patient est le " 15 ".

3.2. Admission en urgence

Sur avis médical, le directeur de l'établissement prend toutes mesures, si l'état du patient nécessite des soins urgents et sans préjudice des dispositions relatives au transfert (1), pour que ces soins urgents soient assurés au sein du site, sous la responsabilité directe du médecin chef de service.

En cas de détresse vitale, le directeur de l'établissement doit prononcer l'admission, même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les conditions de remboursement des frais de séjour à l'établissement. Postérieurement à cette admission, tous les moyens seront mis en œuvre pour permettre la récupération des éléments nécessaires à l'enregistrement de l'activité. Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X si les circonstances l'imposent, les informations nécessaires à la constitution de son dossier devant être collectées le plus rapidement possible.

Tout patient hébergé dans une unité n'appartenant pas au service concerné par sa pathologie est pris en charge médicalement par ce service qui confie les soins paramédicaux à l'unité d'hébergement en lui apportant au besoin son concours.

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence (2) et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal du refus est dressé.

En cas d'urgence vitale avérée ou de risques de troubles à l'ordre public, le directeur de l'établissement, sur avis médical, prend toutes mesures appropriées dans le respect du droit des patients.

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue (3).

Texte(s) de référence
(1) Art R 1112-13 du Code de la santé publique
(2) Art R.1112-16 du Code de la santé publique
(3) Art R 1112-15 du Code de la santé publique

3.3. Transfert après premiers secours

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur provoque les premiers secours et prend toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis (1).

Préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif et sauf en cas d'urgence, le patient doit en être informé. Le transfert ne peut être effectué sans son

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

Texte(s) de référence

(1) Art R 112-14 et s. du Code de la santé publique

4. Ambulatoire et secteurs interventionnels

Depuis la version intranet du règlement intérieur, vous pouvez consulter :

- La charte du bloc opératoire d'Evreux
- La charte du bloc opératoire de Vernon
- La charte de la chirurgie ambulatoire de Vernon.

Section 4 – Activité libérale des médecins au sein de l'hôpital

1. Consultations externes et hospitalisations en activité libérale

La prise en charge médicale peut s'effectuer au titre de l'activité libérale dans les services où elle s'exerce, sous réserve d'un choix exprès et spontané du patient et d'un accord du médecin concerné. Le malade doit recevoir préalablement toutes indications utiles sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment sur la tarification et les conditions de participation financière des organismes d'assurance maladie. Les jours, heures d'ouverture et le montant des honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques. Lorsque le malade opte pour cette prise en charge en hospitalisation, une demande d'admission à ce titre est signée, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant.

En principe, aucun malade ne peut être transféré dans le secteur privé s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur public, ni être transféré dans le secteur public s'il a été admis dans le secteur privé. Le transfert d'un secteur à l'autre peut toutefois, à titre exceptionnel, être autorisé par le Directeur Général sur la demande motivée du malade ou de ses ayants droit et après avis du chef de service.

2. Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale

Ces honoraires, à régler indépendamment des frais de séjour hospitalier, sont fixés par entente directe entre le malade et le médecin avec tact et mesure. Le malade reçoit une information à ce sujet, préalablement à son choix de prise en charge médicale. Ces honoraires ne comprennent pas le supplément pour chambre particulière qui est réglé à la sortie du patient, au bureau des admissions, sauf prescription médicale imposant l'isolement.

Les tarifs des prestations non liées à l'activité libérale sont ceux du secteur public, mais le malade doit verser en sus des honoraires dont le montant est fixé par entente directe avec le médecin. Suivant son choix, le praticien perçoit ces honoraires directement ou bien par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

L'encaissement des honoraires d'activité libérale est effectué selon les modalités déterminées par la loi.

3. L'exercice de l'activité libérale

Les médecins hospitaliers exerçant à temps plein, qui en font la demande, peuvent être autorisés dans certaines limites et conditions à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale sous forme de consultations, de soins en hospitalisation ou d'actes médicotecniques.

Cette activité s'effectue dans le cadre d'un contrat soumis à un réexamen périodique. La Commission de l'activité libérale (Cal) est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des stipulations des contrats des médecins.

Texte(s) de référence
(1) Art L 6154-1 et suivants, R 6154-1 et suivants
(2) Art R 1112-21 à 23 du Code de la santé publique

CHAPITRE II - INFORMATION ET CONSENTEMENT AUX SOINS

Section 1– La délivrance de l'information

1. Droit à l'information du patient

1.1. Principes généraux

a) Contenu de cette information

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (1). Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

L'obligation d'information ne peut porter que sur les risques connus des spécialistes (décrits par la littérature médicale) : d'une part, sur les risques graves prévisibles en lien avec l'intervention ou le traitement, et d'autre part, sur les risques fréquents même s'ils ne sont pas graves.

Cette information médicale est délivrée au cours d'un entretien individuel par le médecin concerné dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles déontologiques. Elle doit être loyale (2), accessible, et appropriée à l'état du malade.

L'information porte sur :

- l'état de santé en amont : les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, les alternatives de traitement, les conséquences prévisibles en cas de refus, les précautions recommandées au patient.
- l'état de santé en aval : postérieurement à l'exécution des actes, information sur les risques nouveaux sauf impossibilité de retrouver le patient.

Le médecin s'assure que le patient a bien compris l'information donnée, et trace l'information qu'il a donnée dans le dossier médical du patient.

Chaque médecin informe le patient de l'ensemble des éléments relevant de sa discipline.

Le patient peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser (3).

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions légales et réglementaires prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

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

Les personnes hospitalisées (ou consultantes) doivent être informées par tous moyens adéquats (4) du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins.

b) Bénéficiaire(s) de cette information

Le patient est le bénéficiaire exclusif de l'information médicale le concernant.

Il est l'interlocuteur privilégié du médecin s'il est en état d'exprimer sa volonté.

En situation d'urgence ou si le patient est hors d'état de manifester sa volonté, le médecin est dispensé de son obligation d'information.

Si le patient n'est pas en état de recevoir l'information ou de faire un choix, le médecin s'adressera à la personne de confiance (5).

Pour les patients mineurs, l'information est donnée aux titulaires de l'autorité parentale et une information adaptée est fournie au mineur selon son âge et à sa capacité de compréhension.

Les mineurs ont par ailleurs le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée selon leur degré de maturité (6).

Pour les patients majeurs sous tutelle, une information adaptée est donnée au patient selon leurs facultés de discernement, et au tuteur.

c) Situations particulières

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission (7).

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite (8).

Si un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, et que celle-ci s'oppose à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Si 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 (9).

Texte(s) de référence
(1) Art L.1111-2 du Code de la santé publique
(2) Art R 4127-35 alinéa 1 du Code de la santé publique
(3) Art L 1111-2 du Code de la santé publique
(4) Art R 1112-42 du Code de la santé publique
(5) Art L.1111-6 du Code de la santé publique
(6) Art L.1111-4 du Code de la santé publique
(7) Art L1111-2 du Code de la santé publique
(8) Art R4127-35 du Code de la santé publique
(9) Art L1111-5 du Code de la santé publique

Annexes :

[Charte de la personne hospitalisée](#)

[Charte de l'enfant hospitalisé](#)

[Charte de la personne âgée dépendante](#)

2. Les obligations du patient hospitalisé

La mise en œuvre de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique qui stipule que toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé, implique que les usagers aient également des responsabilités vis-à-vis des personnels soignants et médicaux de l'établissement de santé.

- L'obligation d'information

Le patient est lié par le devoir d'informer le médecin de tous les événements dont il a connaissance et qui pourraient utilement permettre au praticien d'éclairer son diagnostic et d'envisager le traitement. En effet, le diagnostic s'appuie sur un examen clinique.

Par conséquent, si le patient passe sous silence certaines informations, les constatations médicales peuvent être faussées. En cas de dommage, la responsabilité de celui-ci pourrait être écartée ou du moins exonérée en partie du fait des informations cachées par les patients.

- L'obligation de suivre le traitement prescrit

Le médecin est tenu d'une obligation de moyens, c'est-à-dire qu'il doit mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour soigner son patient.

Si le malade, après avoir accepté le traitement s'en écarte, l'arrête ou le modifie, il compromet d'une part ses chances de guérison, mais d'autre part, il remet en cause par son comportement la décision médicale adoptée.

Par conséquent, l'arrêt d'un traitement doit se faire en accord avec le médecin. La responsabilité du prescripteur ne saurait être engagée en cas d'arrêt ou de modification du traitement sans l'avis de ce dernier.

3. Information de la famille et des proches du patient

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles (1).

Avec l'accord du malade et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical – telles que le diagnostic et l'évolution de la maladie – peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le Code de la Santé Publique (2) et le Code de Déontologie Médicale.

Si le malade majeur a désigné par écrit une « personne de confiance » et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, cette personne en sera destinataire (cf paragraphe suivant).

Texte(s) de référence
(1) Art R 1112-44 du CSP
(2) Art R 4127-35 du CSP

4. La personne de confiance

Toute personne majeure juridiquement capable peut désigner, si elle le souhaite, une personne de confiance (1) qu'elle choisit dans son entourage. Un formulaire permettant de désigner cette personne de confiance figure dans le livret d'accueil de la personne hospitalisée qui est remis au patient lors de son admission, et qui est également téléchargeable sur le site internet du Centre hospitalier Eure-Seine.

Cette personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, est consultée au cas où le malade serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

La personne malade doit s'assurer avant toute désignation que la personne de confiance accepte d'assumer cette mission.

Cette désignation est faite par écrit. Elle peut se faire avant l'hospitalisation, lors de l'admission ou au cours de l'hospitalisation. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Elle est révocable à tout moment. Cette désignation peut être prolongée au-delà de l'hospitalisation à la demande écrite de la personne malade. Toutes les informations données à son propos seront classées dans le dossier médical conservé au sein de l'établissement.

La personne de confiance peut être différente de la personne à prévenir (2).

A aucun moment elle ne se substitue au patient, puisqu'elle ne dispose pas d'un mandat et ce même lorsque le patient n'est pas en état de s'exprimer. Son avis prévaut à celui de la famille.

Si le malade le souhaite, elle l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Le patient mineur ne peut pas désigner de personne de confiance. Les titulaires de l'autorité parentale remplissent les missions qui leur incombent.

Texte(s) de référence
(1) Art L 1111-6 du Code de la santé publique
(2) Art R 1112-3 du Code de la santé publique

5. Information du médecin traitant ou désigné par le malade

Le Centre hospitalier Eure-Seine est tenu d'informer par lettre le médecin (1) désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

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

Texte(s) de référence
(1) Art R 1112-6 du CSP

6. L'information du malade et les dommages liés aux soins

En application du Code de la santé publique et du code de déontologie médicale, toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou ses ayants droit si la personne est décédée, ou le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, ou par l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage (1).

L'annonce d'un dommage associé aux soins est un devoir moral, éthique, mais aussi une obligation légale.

Le dommage est tout événement ayant entraîné un dommage physique et/ou psychologique, qu'il soit consécutif à des complications de la pathologie du patient, à un aléa thérapeutique ou à une erreur.

Ce dommage doit faire l'objet d'une annonce auprès du patient, qui doit, de préférence, être informé dans les 24 heures. Elle est obligatoire dans les quinze jours ayant suivi la découverte du dommage.

L'obligation d'information s'adresse :

- aux patients ou à ses représentants légaux (patient mineur ou sous tutelle),
- aux ayants droit en cas de décès du patient.

Il faut souligner que le patient peut donner son accord pour que l'information soit transmise à un membre de la famille ou le cas échéant à la personne de confiance. L'entourage pourra être impliqué dans le processus d'annonce. Si l'état physique et psychologique du patient ne lui permet pas de recevoir l'information (tels les patients hospitalisés en réanimation), celle-ci devra être délivrée à la personne de confiance.

L'information délivrée porte sur la description des faits (connus et sûrs), sur la présentation de regrets voire d'excuses en cas d'erreur avérée, sur les actions correctives mises en place pour que l'événement ne se reproduise plus, sur la proposition d'offre de soutien. En cas de situation de crise aiguë, il est important de respecter le devoir de réserve envers les médias et l'extérieur.

L'information délivrée au patient et/ou à ses ayants droit est tracée dans le dossier patient.

Suite à cet évènement indésirable, une réunion d'équipe doit être organisée pour mettre en place des actions correctives, en lien avec la cellule qualité et le coordonnateur médical de la gestion des risques associés aux soins.

Texte(s) de référence

(1) Art L 1142-4 du Code de la santé publique

7. L'accès du patient à son dossier médical

Toute personne a accès à l'ensemble des informations (1) concernant sa santé (2) détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes-rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Le dossier médical du patient est un instrument de travail et d'échanges avec les autres professionnels (autorisés) consignants la démarche diagnostique, thérapeutique ou préventive et les soins dont le patient a bénéficié. Ce dossier comporte les éléments médicaux, qui intègrent les soins infirmiers, ainsi que les éléments administratifs.

La communication du dossier patient constitue un droit pour le patient, et une obligation pour l'établissement de santé.

Le patient peut y accéder soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix.

L'accès au dossier médical est réservé :

- Au patient lui-même, s'il est majeur ;
- Au(x) détenteur(s) de l'autorité parentale ou au tuteur pour le dossier d'un patient mineur, sauf si ce dernier s'y est expressément opposé ;
- A l'ayant droit du patient décédé, dans la mesure où il veut connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, ou faire valoir ses droits, et à condition que le patient ne s'y soit pas expressément opposé de son vivant.

Cet accès s'effectue :

- Dans les conditions prévues par la réglementation dans l'établissement, en présence d'un médecin, après qu'un délai de réflexion de 48 heures ait été observé, ou
- Sur demande expresse du requérant. Il peut également s'effectuer par duplication de tout ou partie des éléments communicables du dossier, puis, le cas échéant, par envoi postal. La duplication et l'envoi sont facturés au requérant.

L'établissement doit assurer, dans la limite de ses possibilités matérielles cet accès au plus tard dans les 8 jours suivant la demande. Ce délai est porté à 2 mois si le dossier médical date de plus de cinq ans.

Il n'est pas tenu de donner suite à des demandes manifestement abusives, en particulier par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique.

Texte(s) de référence
(1) Art R 1112-2 du Code Santé Publique
(2) Art L 1111-7 et R 1111-1 du Code Santé Publique

[Annexe : la composition du dossier patient](#)

8. Traitement informatique

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de l'admission et du séjour du malade font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers. L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations.

Il applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

9. Prises de vues et image de la personne

Le droit à l'image est le droit dont dispose toute personne d'autoriser ou non la reproduction et la diffusion publique de son image reconnaissable que cette image soit reproduite par photographie, vidéo, sculpture, dessin.

En vertu du principe de respect de la vie privée, toute personne ou son représentant légal doit, préalablement à la captation ou à la diffusion de son image, donner son consentement par écrit.

Dans le cas particulier des mineurs ou des incapables majeurs et dès lors qu'ils sont capables de discernement, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, en plus de celle du titulaire de l'autorité parentale.

Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion.

Texte(s) de référence
Art 9 du code civil, Charte du patient hospitalisé du 2 mars 2006 Art 226-1 et -2 du code pénal

Section 2 – Le consentement aux soins

1. Principes généraux, limites et cas particuliers

1-1 Principes généraux

L'information préalable comme nécessité au consentement

L'information préalable du patient est une nécessité au consentement. Le patient doit être informé de la nécessité, de l'utilité, des bénéfices et des risques (fréquents, graves et normalement prévisibles) de l'acte médical envisagé. Le médecin doit s'assurer que le patient a bien compris l'information. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel (1).

Définition du consentement

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent, les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment (2).

Cas particuliers

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir (3).

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté (2).

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

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades.

1.2. Les limites à l'exigence de consentement

- Urgence : Tout médecin se trouvant en présence d'un malade ou d'un blessé en péril doit lui apporter assistance et lui fournir les soins nécessaires (4).
- Danger : En cas de danger pour un patient mineur, majeur vulnérable ou incapable, la priorité est donnée aux soins après décision du corps médical et des mesures de protections sont sollicitées auprès du procureur de la République.
- Obligation de Soins : Certaines personnes peuvent être soumises à une obligation de soins dans le cadre d'un contrôle judiciaire, ou d'un sursis avec mise à l'épreuve.

Ex : Soins psychiatriques, soins aux toxicomanes (5)...

1.3. Mineurs

Le principe veut que le consentement du mineur ne soit pas obligatoire pour la réalisation des soins, cependant le législateur recommande que l'accord du mineur soit recherché en fonction de son aptitude (âge...) et de son degré de maturité. Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (6).

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée selon leur degré de maturité (7).
Les actes usuels et non usuels :

Ces notions n'ont pas été définies réglementairement et la jurisprudence (décision de justice) a été amenée à apprécier les contours.

- Actes usuels :

Il s'agit d'actes de la vie quotidienne sans gravité, prescriptions ou gestes de soin qui n'exposent pas le malade à un danger particulier, tels que les soins obligatoires

(vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes), les soins habituels (poursuite d'un traitement).

Chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre à l'égard du tiers de bonne foi : le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause.

- Actes non usuels :

Il s'agit d'actes considérés comme lourds, dont les effets peuvent engager le devenir du malade et ayant une probabilité non négligeable de survenir : actes invasifs tels anesthésie, opération chirurgicale, traitement lourd, hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes.

Ces actes nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation.

1.4. Majeurs protégés

Le patient sous sauvegarde de justice ou sous curatelle consent personnellement aux soins.

Le majeur sous tutelle, bien que représenté dans ses droits par le tuteur, décide des actes relatifs à sa santé lorsqu'il est apte à exprimer sa volonté.

Ainsi, en fonction des capacités de discernement du majeur sous tutelle, le consentement du tuteur à l'acte de soin n'est pas forcément obligatoire. Il appartient à la tutelle de se prononcer sur cette question.

Dans le cas où le patient n'est pas apte à exprimer sa volonté ou a des difficultés de discernement, le tuteur a alors toute sa place dans la prise de décision et valide le consentement.

1.5. Admission pour urgence vitale

La notion d'urgence est une limite au consentement (8). Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ».

En effet, tout médecin qui se trouve en présence d'un patient ou d'un blessé en péril, doit lui apporter assistance à personne ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

En vertu du principe d'assistance à personne en péril imposé par le code pénal, les convictions religieuses ou philosophiques du patient ne doivent pas remettre en cause l'obligation d'agir.

Selon la jurisprudence, le péril doit être imminent et constant et de nature à nécessiter une intervention immédiate.

L'article 223-6 du code pénal définissant la non-assistance aux personnes en péril est donc pour chaque médecin une réelle contrainte. Le code de déontologie médicale rappelle la notion d'assistance aux personnes en péril et l'obligation de s'assurer qu'elles reçoivent les soins nécessaires.

Exemples fréquents :

Refus de consentement du représentant légal (père, mère, tuteur) : le médecin délivre les soins qui s'imposent lorsque la vie du mineur est en danger.

En cas de danger nécessitant une mesure de protection à l'égard du mineur, le Procureur de la République est sollicité pour la délivrance d'une ordonnance de placement provisoire.

Refus de consentement dans les situations où la volonté du patient est altérée (alcoolisation, mélancolie...) : ce refus de consentement lié à l'état du patient ne peut être considéré comme sa volonté réelle. Il convient d'effectuer les actes de soins, en particulier lorsque le refus compromet gravement l'état de santé du patient.

Refus de consentement d'un patient majeur et capable pour un acte médical important : transfusion sanguine, intervention chirurgicale, traitement anticancéreux....Le refus du patient doit être respecté. Au préalable le médecin délivre au patient toutes les informations sur les risques éventuels et les conséquences sur sa santé, liés à son refus.

Le refus « éclairé » du patient doit être consigné dans le dossier médical. Une déclaration écrite de ce refus est signée par le patient. A défaut, un procès-verbal de refus de consentement aux soins est dressé par le médecin.

Texte(s) de référence
(1) Art L.1111-2 du CSP
(2) Art L.1111-4 du CSP
(3) Art 16-3 du Code Civil
(4) Art R.4127-9 du CSP
(5) Art L.3423-1 du CSP
(6) Art L.1111-4 du CSP
(7) Art L.1111-2 du CSP
(8) Art L.1111-4 du CSP

2. Les directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées (1) pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. L'objet de ces dernières est de permettre à la personne de faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant cette personne.

La durée de validité des directives anticipées est de trois ans. Elles doivent par conséquent être renouvelées tous les 3 ans ou être établies depuis moins de 3 ans avant que la personne ne soit plus en état d'exprimer sa volonté. Elles sont modifiables et révocables à tout moment.

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

Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier patient, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes les informations appropriées.

Elles prévalent sur tout autre avis y compris l'avis que pourrait donner la personne de confiance qu'elle aurait désigné.

Les directives n'ont pas de force obligatoire et sont donc non contraignantes pour le médecin qui a la responsabilité des soins.

Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement, le médecin, s'il ne trouve pas de directives anticipées dans le dossier, s'enquiert de leur existence éventuelle auprès de la famille ou, à défaut, des proches ou (et) le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui la lui a adressée.

Texte(s) de référence

(1) Art R 1111-17 et L.1111-12 du CSP

3. Le refus de soins

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade des conséquences de ses choix (1). Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

Texte(s) de référence

(1) Art L 1111-4 et R 4127-36 al 2 du Code de la santé publique

4. Les malades et la fin de vie

La loi Leonetti (1) relative aux droits des patients et à la fin de vie, a permis de nombreuses avancées à différents niveaux, entre autres :

- L'interdiction de toute obstination déraisonnable,
- Le droit pour tout malade à l'abstention ou l'arrêt de tout traitement,
- La mise en place d'un processus décisionnel en cas de patient inconscient,
- L'arrêt des traitements reposant sur deux mots clés : collégialité et transparence de la décision,
- La prise en charge de la douleur et de la souffrance et résolution des situations de double effet,
- La réaffirmation législative de l'ancrage des soins palliatifs dans les politiques de santé publique.

4.1. L'interdiction de toute obstination déraisonnable

Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris.

Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance

psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage (2).

4.2. Les droits pour tout malade à l'abstention ou l'arrêt de tout traitement

Lorsqu'un malade en fin de vie, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, est conscient et décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin est tenu de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix. La décision du patient est inscrite dans son dossier (3).

4.3. Les décisions pour le patient hors d'état d'exprimer sa volonté

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté (4), le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

4.4. Traitement et soulagement de la douleur et de la souffrance

L'administration d'une sédation et (ou) une analgésie est adaptée au niveau de la douleur et de la souffrance du patient sans limitation de dose.

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la douleur physique et la souffrance psychologique (5), en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier patient.

L'ancrage des soins palliatifs dans les politiques de santé publique

Les traitements et soins entrepris dans le cadre d'une démarche palliative ont pour objectif d'offrir au malade, en coordination avec d'autres acteurs, une fin de vie dans des conditions conformes à ses aspirations. Ils prennent en compte les problèmes physiques, psychologiques sociaux et spirituels.

Une attention particulière est portée à la famille et aux proches, dont la présence auprès du malade est facilitée et élargie. Ils bénéficient d'un dispositif de soutien et d'accompagnement.

4.5. L'ancrage des soins palliatifs au CH Eure-Seine

L'équipe mobile de soins palliatifs intervient à la demande des équipes soignantes sur les deux sites. Les patients ou leurs proches peuvent faire appel à elle pour :

- une prise en charge globale pluri-professionnelle de la douleur ou d'autres symptômes d'inconfort,
- une réflexion éthique et une aide aux décisions dans une approche pluridisciplinaire,
- des conseils pour le retour à domicile,
- un accompagnement éthique ou un suivi en consultation externe pour le patient (douleurs, inconfort, soutien psychologique, ...) ou pour un proche (soutien relationnel, suivi de deuil, ...),
- une demande d'information et de formation dans les domaines des soins palliatifs, de la douleur, de l'éthique.

Le service s'inscrit dans une dynamique multidisciplinaire dans le cadre de réseaux de soins (Réseau Ville-Hôpital en Soins Palliatifs, dynamique régionale, ...), mais aussi d'accompagnement des équipes de soins (Comité Espace de réflexion éthique, soutien des aides-soignantes en lits identifiés des soins palliatifs, commission droits des patients en soins palliatifs, démarche qualité, ...).

Texte(s) de référence
(1) Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, complétée par les décrets du 6 février 2006.
(2) Art L 1110-10 du Code de la santé publique
(3) Art L 1111-4 et R 4127-36 al 2 du Code de la santé publique
(4) Art L 1111-13 du Code de la santé publique
(5) Loi Leonetti n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et articles L1110-5 et R4127-37 du Code de la santé publique

CHAPITRE III - SEJOUR DES PATIENTS

Section 1 – Les droits du patient hospitalisé

1. Respect de la dignité et de l'intimité

Le respect de la dignité (1) et de l'intimité doit être préservé par tous les professionnels à tout moment du séjour hospitalier du patient. Cela implique que le patient soit reçu, examiné, soigné et traité avec le respect de son intimité et de sa vie privée, sans discrimination (2). L'intimité doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales et des transports.

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

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

Les malades hospitalisés ne peuvent être amenés à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires, ou à recevoir des soins en présence d'un proche, sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus (3).

Les conditions d'hébergement matérielles et environnementales sont aménagées de façon optimale.

Le Centre Hospitalier Eure-Seine prend les mesures qui assurent la tranquillité des malades et réduisent au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Il s'engage à faire respecter les bonnes pratiques de confidentialité énoncées dans la charte en annexe du règlement intérieur ; le respect de la confidentialité du courrier, des communications téléphoniques et des entretiens avec des visiteurs ou des professionnels de santé est garanti.

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

Concernant ce dernier point : toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur (4) ; celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Désormais, la personne souffrante peut opposer ce droit et bénéficier des méthodes et produits aptes à soulager sa douleur. Ce droit des patients implique des obligations pour les professionnels de santé : en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade et l'assister moralement, il doit le faire par des moyens appropriés à son état (5). Le médecin doit être attentif à son patient et aux derniers protocoles et produits susceptibles de calmer la douleur des patients.

Dans le service douleur et soins palliatifs du CH Eure-Seine, la souffrance est prise en charge sous tous ses aspects : physique, psychique, mais aussi socio-familiale et éthique.

La prise en charge de la douleur, sous l'égide du [Comité de lutte contre la douleur et les symptômes d'inconfort \(CLUDES\)](#), est une préoccupation quotidienne des équipes soignantes du CH Eure-Seine. Le centre d'Etude et de Traitement de la douleur prend en charge la douleur chronique dite rebelle, tant en consultation externe qu'en équipe mobile. Il assure aussi des formations initiales et continues tant pour les professionnels du CH Eure-Seine que pour les professionnels venant de l'extérieur.

Texte(s) de référence
(1) Article L 1110-2 du Code de la santé publique
(2) Article R 4127-7 du Code de la santé publique
(3) Article L 1111-4 du Code de la santé publique
Article L 1110-5 du Code de la santé publique
Article R 4127-37 du Code de la Santé publique

Annexes :

[Charte de la personne hospitalisée](#)

[Charte de l'enfant hospitalisé](#)

2. Liberté d'aller et de venir

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

Dans tous les cas, toute restriction de liberté, à l'admission ou pendant le séjour, doit être expliquée et le consentement ou la participation de la personne à la décision doit être recherché par tout moyen le plus en amont possible.

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

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

L'exercice de la liberté d'aller et venir comprend l'accessibilité et la circulation dans l'établissement des personnes à mobilité réduite ou ayant un déficit sensoriel.

3. Neutralité et laïcité du service public

Au sein de l'institution hospitalière, toute personne est tenue au respect du principe de neutralité et de laïcité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

La liberté de conscience et d'opinion des malades et visiteurs doit être rigoureusement respectée ; aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leur famille, qui doivent, notamment être tenus à l'écart des mouvements à caractère syndical ou politique du personnel susceptible d'apparaître dans le Centre Hospitalier Eure-Seine.

4. Exercice des cultes

Les hospitalisés peuvent participer à l'exercice de leur culte.

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

Texte(s) de référence
(1) Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

[Charte de la laïcité](#)

5. Service social

A la disposition des malades, des familles et des proches sur chaque site hospitalier d'Evreux et de Vernon, ce service 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.

Il favorise l'accès ou le maintien des droits sociaux et participe à la résolution des difficultés administratives ou juridiques, et œuvre au fonctionnement des PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)

(cf. livre II, chapitre I, section 1-3 : accueil des malades, accès aux soins des personnes démunies).

Section 2 - Principes régissant le séjour

1. Vie à l'hôpital

1.1. Effets personnels

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc...) et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc...)

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

1.2. Repas

Le petit déjeuner est à partir de 8h, le déjeuner à partir de 12h00, et le dîner à partir de 18h30. Ces horaires peuvent varier selon les nécessités propres du service.

Les menus, arrêtés par une commission spécifique, sont accessibles par chaque service par le biais du système d'information hospitalier.

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

Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux hospitalisés, sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas sont facturés au tarif visiteur fixé annuellement par l'établissement.

Le stockage des denrées alimentaires périssables est interdit pour des raisons évidentes de sécurité et d'hygiène.

1.3. Déplacement des hospitalisés au sein de l'hôpital

Les hospitalisés ne peuvent pas se déplacer dans la journée hors du service sans information d'un membre du personnel soignant. Ils doivent être revêtus d'une tenue décente.

Pour tout déplacement hors du service, un enfant doit être accompagné par un membre de l'équipe ou ses parents. Pour les grands mineurs, les déplacements libres dans l'hôpital doivent être réalisés avec un membre de l'équipe ou de leur famille.

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

1.4. Interdiction des gratifications

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les malades, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

En recourant à de telles pratiques, les malades doivent savoir qu'ils exposent le personnel à des sanctions disciplinaires.

1.5. Désordres causés par le malade

Le comportement ou les propos des hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres malades ou pour le fonctionnement du service. Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

Les hospitalisés doivent veiller à respecter le bon état des locaux et biens qui sont mis à leur disposition.

Des dégradations sciemment commises pourront, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions prévues ci-dessus.

2. Autorisations de sortie en cours d'hospitalisation

2.1. Personnes majeures

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la durée de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures en journée, soit d'une durée maximale de quarante-huit heures (délais de trajet inclus) (1).

Ces permissions de sortie sont autorisées par un praticien du service et signalées au service accueil clientèle. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, il est porté sortant contre avis médical et ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

2.2. Mineurs

Des permissions de sortie peuvent être accordées au bénéfice des mineurs en cours d'hospitalisation, dans les mêmes conditions (durée et certificat médical).

Les mineurs sont confiés à leur père, mère, ou autre personne disposant de l'autorité parentale.

Cette personne doit préciser à la direction de l'hôpital si le mineur doit être confié à une tierce personne expressément autorisée par elle (2). La personne se présentant pour emmener l'enfant doit présenter les justificatifs nécessaires (pièce d'identité, éventuel extrait de jugement).

Toutefois le mineur voulant garder le secret sur son hospitalisation et maintenant son refus sur l'information de ses parents ou de son tuteur peut se faire accompagner par la personne majeure de son choix lors de ces sorties.

Texte(s) de référence
(1) Article R 1112-56 du Code de la santé publique
(2) Article R 1112-57 du Code de la santé publique

3. Services mis à disposition des patients

3.1. Courrier

Le courrier est distribué du lundi au vendredi (sauf jours fériés) par le service du vaguemestre de l'établissement et le relevé a lieu quotidiennement par les secrétaires.

3.2. Téléphone

L'ouverture d'une ligne téléphonique par les personnels de l'accueil, à la demande du patient, est gratuite.

Les appels téléphoniques passés à partir de cette ligne sont payants sauf dans le cas où le patient opte pour le régime particulier.

3.3. Télévision et radio

Les appareils de télévision personnels ne peuvent être introduits à l'hôpital qu'avec l'autorisation de la direction.

L'ouverture des droits au titre de l'accès à la TV dans une chambre se fait au service Accueil Clientèle.

En aucun cas les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins.

3.4. Suivi scolaire

Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein de l'établissement.

4. Les visites

4.1. Conditions d'exercice du droit de visite aux patients

a) Horaires des visites –repas – lit accompagnant

En règle générale, les visites aux patients hospitalisés sont autorisées tous les jours entre 13h et 20h.

Les responsables de structures internes peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service ou en regard de la prise en charge du patient

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

Lorsque l'état du patient le justifie ou lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de 15 ans, la présence d'un accompagnant peut être autorisée en dehors des horaires de visite.

Les patients peuvent demander au cadre soignant ou aux infirmiers de l'unité de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Le nombre de visiteurs pourra être limité par décision du médecin responsable de l'unité.

La visite des jeunes enfants de moins de 12 ans peut être déconseillée dans certaines circonstances ou dans certaines unités après l'avis du médecin responsable de l'unité.

Possibilité de prendre un repas avec le patient

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux hospitalisés, sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas sont facturés au tarif visiteur fixé annuellement par l'établissement.

Lit accompagnant

Les proches d'un patient dont l'état est jugé critique ou d'un mineur peuvent passer la nuit au chevet de celui-ci. A noter que ce lit accompagnant fait l'objet d'une facturation, sauf dérogation exceptionnelle de la direction dans des cas particuliers.

b) Obligations des visiteurs

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

Les visiteurs ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni tabac, ni médicaments, sauf, pour ces derniers, avec l'accord du médecin en charge du patient concerné.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Ils doivent s'abstenir de fumer dans l'ensemble des locaux et ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque ceci n'est pas respecté, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par la direction.

L'aide des forces de police peut être éventuellement demandée.

En cas de dommages, une indemnisation peut être réclamée.

c) Visites à des patients mineurs

Les parents ou toute autre personne qui s'occupe du mineur peuvent 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 malades.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution de ces soins.

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents ou toute personne expressément autorisée, doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié. A cet effet, et lorsque son état le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.

4.2. Accès des autres personnes étrangères à l'hôpital

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

La direction doit donc être immédiatement avisée de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients, leurs proches et les membres du personnel.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service sans l'autorisation préalable de la direction qui sollicite, si besoin l'avis du ou des chefs de service concernés.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et des chefs de service et après autorisation de la direction.

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

Les notaires, qui ont la qualité d'officier public, n'ont pas à solliciter une quelconque autorisation de la part de la direction pour se rendre auprès des patients qui en font la demande, quel que soit leur de santé.

Les associations qui organisent l'intervention de bénévoles dans l'établissement doivent y être préalablement autorisées par la direction, après avoir signé une convention.

CHAPITRE IV - SORTIE DES PATIENTS

Section 1 – Disposition générales

1. Formalités de sortie

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le Directeur sur proposition du médecin qui l'a pris en charge (1) avec mention dans le dossier médical du patient et dans son dossier administratif.

La sortie donne lieu à la remise au malade d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour. Celui-ci ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation (2).

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits (3).

A la fin de chaque séjour hospitalier, une copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné.

Le patient doit effectuer les formalités administratives de sortie au service des admissions où son bulletin de sortie lui sera remis.

En cas de dépôt à la régie de recettes, le malade ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter au cours des heures d'ouverture pour effectuer le retrait de l'argent et/ou des objets de valeur en dépôt soit sur place à la régie soit à la Trésorerie du CH Eure-Seine.

Texte(s) de référence
(1) Art R 1112-58 du Code de la santé publique
(2) Art R 1112-59 du Code de la santé publique
(3) Art R 1112-61 du Code de la santé publique

2. Transport

S'il estime que la situation de son patient le justifie, c'est au médecin qu'il appartient de prescrire le mode de transport le mieux adapté à son état de santé et à son niveau d'autonomie, dans le respect du référentiel de prescription des transports : moyen de transport individuel, transport en commun, transport assis professionnalisé (taxi conventionné ou VSL) ou ambulance.

Les frais de transport sont alors pris en charge par l'Assurance Maladie, dans les situations suivantes :

- Transports liés à une hospitalisation (entrée et/ou sortie de l'hôpital), quelle que soit la durée de l'hospitalisation (complète, partielle, ou ambulatoire) ;
- Transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée et présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports ;
- Transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- Transports en ambulance, lorsque l'état du patient nécessite d'être allongé ou sous surveillance ;
- Transports de longue distance (plus de 150 km aller).
- Transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement).

Le patient dispose du libre choix de l'entreprise qui le prendra en charge, dans le respect de la prescription réalisée par le médecin. Ce principe s'applique lorsque le transport du malade est effectué hors de la responsabilité juridique et financière de l'établissement de santé. Le patient organise alors son transport et peut demander le concours de l'établissement de santé qui fournit au patient une liste d'entreprises de transport sanitaire. Cette liste est établie par l'ARS après avis du sous-comité des transports sanitaires.

3. Transfert

Les transferts inter-hospitaliers sont largement tributaires et conditionnés par les ressources en lits spécialisés et plateaux techniques. La décision de transfert est prise conjointement par les médecins concernés qui en partagent la responsabilité ; le médecin en charge du patient dans l'unité de départ, qui a réalisé l'évaluation médicale initiale et qui demande le transfert et le justifie; le médecin du service receveur, qui donne son accord pour prendre en charge le patient, précise son lieu d'accueil et assure la continuité des soins ; le médecin régulateur, qui organise le transfert en accord avec le médecin qui l'effectue. Le patient ou la personne de confiance qui le représente, doit être tenue au courant de ce transfert, du but de celui-ci et des risques inhérents aux déplacements du patient. Les transferts en urgence sont réalisés chaque fois que le patient présente une

détresse ou un risque immédiat de complication et qu'une thérapeutique efficace ne peut être réalisée dans l'établissement. Le médecin régulateur joue un rôle majeur dans l'organisation de ces transports par le SAMU SMUR.

Texte(s) de référence

Art R 112-58 du Code de la santé publique

4. Evaluation de la satisfaction du patient

4.1. Questionnaire de sortie

Tout patient reçoit, à l'occasion de la programmation de son hospitalisation ou au moment de son admission, un questionnaire annexé au livret d'accueil et destiné à recueillir ses appréciations et observations. Il peut déposer ce questionnaire dans les boîtes aux lettres situées dans les unités ou le hall d'accueil de l'établissement, le donner au personnel du service ou le faire parvenir à la direction qualité.

4.2. Enquête de satisfaction

Dans le cadre de la démarche qualité développée par le Centre Hospitalier, des enquêtes de satisfaction peuvent être effectuées par téléphone ou au chevet du patient par une personne mandatée par l'établissement.

D'autre part, l'établissement exploite les résultats de l'enquête nationale (Indicateur e-satis) impulsée par la Haute Autorité de Santé qui mesure la satisfaction des patients hospitalisés.

4.3. Audit Patient traceur

L'établissement a adopté la méthode du patient-traceur qui intègre le regard du patient sur le vécu de sa prise en charge. La rencontre avec le patient, après recueil de son consentement, est réalisée par un membre de l'équipe ou extérieur à l'équipe. Dans tous les cas, cette personne est soumise au secret professionnel.

D'autre part, une rencontre des proches n'est possible qu'avec le consentement du patient. Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la rencontre des proches du patient est réalisée sans qu'aucune information relative au patient ne soit transmise.

5. Information du médecin traitant

Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le patient doit continuer à se soumettre.

Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre la prise en charge du patient (1).

Texte(s) de référence

(1) Art R 112-60 du CSP

6. Acquittement des frais d'hospitalisation

6.1. Définition des frais d'hospitalisation

Ils correspondent à l'ensemble des prestations assurées dans le ou les services où le patient a été hospitalisé.

Ils comprennent :

- des frais de séjour,
- le forfait journalier fixé par arrêté ministériel.

6.2. Le paiement

Le patient doit s'acquitter des frais de séjour restant à sa charge au moment de sa sortie auprès des admissions. A défaut, l'état des frais de séjour lui sera adressé ultérieurement par le service accueil clientèle.

6.3. Les acomptes

- A titre d'avance sur les frais de séjour, une provision est demandée si la personne ne bénéficie d'aucune prise en charge. Son montant sera fonction de la durée prévisionnelle et de la nature de la prise en charge.
- Une dispense de cette avance est possible, dans le cadre de la pratique du tiers payant (prise en charge des frais d'hospitalisation par une mutuelle).

Section 2 – Cas particulier de sortie

1. Sortie des nouveau-nés

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

Texte(s) de référence

R 1112-65 du Code de la santé publique
--

2. Sortie des mineurs

2.1. Cas général

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Si le mineur doit être confié à une tierce personne expressément autorisée de sa part, elle doit en informer la direction (1). Dans ce cas, des pièces justificatives (mandat, justificatifs d'identité) sont exigées à la sortie.

Les mêmes règles s'appliquent lors des permissions de sortie en cours d'hospitalisation ainsi que lorsque l'état du mineur examiné au niveau d'un service d'accueil des urgences ne justifie pas son hospitalisation.

Les personnes titulaires de l'autorité parentale font connaître à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement(2).

2.2. Cas des mineurs ayant bénéficié de soins confidentiels

Par dérogation, lorsque le patient mineur a été hospitalisé sans que, à sa demande confirmée, le ou les détenteurs de l'autorité parentale n'ont pas été prévenus (3), il est confié à sa sortie à la personne majeure qu'il a choisie pour l'accompagner.

Texte(s) de référence
(1) Art R 1112-57 et L 1111-5 du Code de la santé publique
(2) Art R 1112-64 du Code de la santé publique
(3) Art L 1111-5 du Code de la santé publique

2.3. Sortie des mineurs contre avis médical

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable de la structure médicale concernée saisit 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 du patient.

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

La sortie d'un mineur contre avis médical ou à l'insu du service (fugue) fait l'objet d'un signalement auprès des autorités de police.

3. Autres cas particuliers de sortie

3.1. Sortie contre avis médical

Sauf cas particuliers, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le site hospitalier (1).

Toutefois, si de l'avis du médecin chef de service, elle est prématurée et présente un danger pour la santé, cette sortie sur décision du malade est assimilée à un refus de soins.

Il est alors demandé au malade de signer une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par le praticien et contresigné par deux témoins.

Le responsable médical présent informe le médecin traitant dans les délais les plus courts de la sortie prématurée du malade.

Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier patient et dans le dossier administratif.

Texte(s) de référence
(1) Art R 1112-62 du Code de la santé publique Art 223-6 du code pénal

3.2. Sortie après refus de soins

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

Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus est dressé par deux agents du service.

3.3. Sortie disciplinaire

Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé.

Dans ces circonstances, la continuité des soins doit être assurée en organisant une alternative dont le malade est informé.

Texte(s) de référence

Art R 1112-49 du Code de la santé publique
--

3.4. Sortie à l'insu du service (sans avis médical)

Si un malade a quitté l'établissement sans prévenir, des recherches sont effectuées sur le périmètre hospitalier ; si ces recherches demeurent vaines, la direction prévient la famille ou le représentant légal du malade. Si le médecin estime que cette sortie est sans danger pour la santé du patient, ce dernier est déclaré sortant.

Si le médecin ou l'équipe soignante estime au contraire que cette sortie compromet son état de santé ou met en danger son intégrité physique ou présente un risque pour autrui, les forces de l'ordre sont appelées.

Le médecin traitant est aussi informé de la sortie prématurée du patient.

Les modalités de sortie sont cosignées dans le dossier médical du patient.

CHAPITRE V - NAISSANCES ET DECES

Section 1 – Disposition relatives aux naissances

1. Déclarations de naissance – cas général

La déclaration de naissance, signée par la sage-femme, est transmise directement au service Etat Civil de la mairie d'Evreux ou de Vernon avec le livret de famille de la patiente (ou carte d'identité) et la reconnaissance anticipée si cette démarche a été réalisée pendant la grossesse.

La signature des parents est requise pour la validation du (des) prénom(s) de l'enfant.

Si les parents le souhaitent, ils peuvent réaliser eux-mêmes cette démarche à la mairie, dans le respect du délai légal de 3 jours (1).

Texte(s) de référence

(1) Art 55 al 1 du Code civil.

2. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

2.1. Cas d'un enfant vivant et viable et décédé avant que sa naissance ne soit déclarée à l'état civil

L'officier d'état civil établit un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat médical indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant le lieu, les jours et heures de sa naissance et son décès.

2.2. Cas d'un enfant né vivant non viable ou d'un enfant mort-né

En l'absence de certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable, l'officier d'état civil établit, sur production d'un certificat attestant de l'accouchement de la mère, un acte d'enfant sans vie, inscrit sur les registres de décès qui énonce notamment le jour, l'heure et le lieu de l'accouchement.

Le décès de l'enfant sans vie est inscrit sur le registre des décès du site hospitalier.

Il sera précisé aux parents lors de la remise du document, que la déclaration éventuelle de l'enfant sans vie à l'état civil repose sur une démarche volontaire et qu'elle n'est contrainte par aucun délai. Il n'est subordonné à aucune condition de poids, ni de durée de grossesse. Il concerne les hypothèses d'accouchement spontané ou provoqué pour raison médicale, et ne peut être rédigé en cas d'interruption spontanée précoce de grossesse (fauche couche précoce) et interruption volontaire de grossesse.

Section 2 – Dispositions relatives aux décès

1. Attitude à l'approche d'un décès

En cas d'aggravation de l'état de santé du patient, la famille ou les proches doivent être prévenus sans délai par le médecin, le cadre de santé ou à défaut l'infirmière et par tous les moyens appropriés.

Il revient à l'équipe soignante d'accompagner le patient, sa famille ou ses proches.

Le patient est transporté, si possible, dans une chambre individuelle (1) avec toute la discrétion souhaitable. Sa famille ou ses proches sont admis à rester près de lui et à l'assister dans ses derniers moments. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite ; la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation.

Le malade peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir (2).

Texte(s) de référence
(1) Art R 1112-68 du Code de la santé publique
(2) Art R 1112-63 du Code de la santé publique

2. L'information sur le décès

La famille ou les proches sont prévenus sans délai et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci, médicalement constaté (1). Cette information est communiquée à la famille, ou aux proches identifiés, ou à la « personne à prévenir » désignée par ce dernier lors de son admission (cette personne ne correspond pas nécessairement à la « personne de confiance »).

La notification du décès est faite :

- En l'absence de famille connue et dans le cas de personne de nationalité étrangère, au
- consulat ou à l'ambassade la plus proche ;
- Pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- Pour les mineurs relevant du service départemental d'aide sociale à l'enfance, au directeur de la délégation sociale du Conseil départemental ;

- Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- Pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial,
- Pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- Pour les personnes non identifiées, aux services de Police (avec mention sur le certificat de décès de l'obstacle médico-légal).

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte (2) d'un hospitalisé, le directeur ou son représentant, prévenu par le médecin responsable, en avise sans délai l'autorité judiciaire (avec mention sur le certificat de décès de l'obstacle médico-légal).

Texte(s) de référence
(1) Art R 1112-69 du Code de la santé publique
(2) Art R 1112-73 du Code de la santé publique et art 81 du code civil

3. Les formalités entourant le décès

Le décès est constaté par un docteur en médecine, réglementairement habilité dans le cadre de ses fonctions de diagnostic, qui établit un « certificat de décès » ; celui-ci est transmis au service Accueil Clientèle.

Les décès sont répertoriés sur un registre spécial, disponible au service Accueil Clientèle. Une copie est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie (1).

Texte(s) de référence
(1) Art R 1112-71 du Code de la santé publique et art 80 du code civil

4. Gestion des biens du défunt

a) Inventaire après décès

Lorsque le décès est constaté, l'équipe soignante procède à l'inventaire de tous les objets, que possédait le défunt (1).

Les objets de valeur sont inventoriés distinctement des autres effets personnels du défunt.

Cet inventaire est dressé obligatoirement par deux agents, qui remplissent et signent le formulaire prévu à cet effet, et gèrent chaque bien selon sa nature, conformément à la procédure en place dans l'établissement.

b) Dévolution des biens des hospitalisés décédés

Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants-droits du malade ou aux proches du malade. En cas de non-observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle du Centre hospitalier.

Les sommes d'argent et objets de valeur sont remis au régisseur à destination du Trésor Public. Les autres biens sont conservés au niveau des admissions.

Si un dépôt chez le régisseur avait été effectué avant le décès, un document est remis à ses héritiers les invitant à procéder au retrait des objets déposés.

c) Mesures de police sanitaire

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants-droits qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets. Un certificat médical, placé dans le dossier du patient, atteste de cette nécessité.

Texte(s) de référence

(1) Art R 1113-6 et -7, L 1113-6 du Code de la santé publique

5. Présentation du corps et dépôt à la chambre mortuaire

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit transféré à la chambre mortuaire de l'établissement.

Pour permettre le recueillement de l'entourage du défunt, et sauf si une sortie du corps sans mise en bière est demandée et organisée rapidement, le corps est déposé à la chambre mortuaire de l'établissement (1).

La toilette mortuaire et l'habillage y sont effectués selon les convictions du défunt et les souhaits de la famille (choix de l'entreprise de Pompes Funèbres). L'entourage peut demander la présentation du corps pendant les heures d'ouverture de la chambre mortuaire. Cette présentation est faite dans une salle spécialement aménagée à cet effet. Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire sont gratuits pendant les trois premiers jours suivant le décès.

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent le convoi à leur convenance en s'adressant au service ou à l'entreprise des pompes funèbres de leur choix.

En cas de conflit entre parents du défunt, le tribunal d'instance peut être saisi.

Si le décès pose un problème médico-légal, le corps ne peut être rendu à la famille qu'avec l'accord du Parquet, ce dernier ayant autorité pour ordonner une nécropsie par un médecin légiste préalablement à cette restitution.

Liens hypertextes accessibles depuis l'intranet :

- Règlement intérieur de la chambre mortuaire d'Evreux
- Charte de la chambre mortuaire de Vernon

Texte(s) de référence

(1) Art L 2223-39, R 2223-89 à -97 du code général des collectivités territoriales
--

6. L'organisation des opérations funéraires

6.1. Le libre choix des opérateurs

La famille organise les funérailles en s'adressant directement à l'opérateur funéraire de son choix auquel elle règle directement les frais de convoi et d'obsèques. L'agent de service mortuaire qui reçoit la famille, lui remet la liste des opérateurs funéraires (régies, entreprises, associations) et chambres funéraires habilités, par agrément préfectoral, à fournir ces prestations.

Sont strictement interdites (1) toutes pratiques d'offre de services ou de démarchage qui seraient effectuées au sein du site en prévision d'obsèques pour obtenir ou faire obtenir

la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès. Il est également strictement interdit aux agents du site qui -à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions - ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres - promesses - dons - présents ou avantages -de n'importe quelle nature pour faire connaître le décès aux opérateurs funéraires ou pour recommander aux familles les services d'un de ces opérateurs.

6.2. Inhumation ou crémation du corps

L'inhumation doit avoir lieu 6 jours au plus, après le décès (dimanche et jour férié non compris), sauf dérogation préfectorale limitée à des circonstances particulières (2). Si, dans un délai de 10 jours au maximum (3), un corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, le CH Eure-Seine fait procéder à l'inhumation, en appliquant les dispositions concernant les personnes dépourvues de ressources. Dans le cas d'un décès de militaire, l'autorité militaire compétente est avertie.

Texte(s) de référence
(1) Art L 2223-33 du Code général des collectivités territoriales
(2) Art R 2213-33, al 1° et 2° du Code général des collectivités territoriales
(3) Art R 1112-75 et R 1112-76 du Code général des collectivités territoriales

7. Transport de corps

7.1. Mise en bière et transport de corps après mise en bière (1)

Le défunt est mis en bière au niveau de la chambre mortuaire avant son transport pour inhumation ou crémation. Si le défunt est porteur d'une prothèse fonctionnant avec des radioéléments ou à pile, un médecin fait procéder au préalable à son retrait.

La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu du décès, sur production du certificat de décès parallèlement aux formalités de déclaration de décès et d'obtention du permis d'inhumer (2).

Le transport du corps en cercueil doit avoir été autorisé par le Maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil, ou par le préfet du département quand le corps doit être transporté en dehors du territoire métropolitain.

Il ne peut être effectué que par un service ou une entreprise de pompes funèbres agréées, que la famille choisit librement et mentionne sur un formulaire spécifique.

7.2. Transport de corps sans mise en bière (3)

a) Généralités

Le transport de corps décédé sans mise en bière peut s'effectuer vers le domicile, la résidence d'un membre de la famille mais également du site hospitalier vers une chambre funéraire.

Le transport de corps avant mise en bière n'est plus soumis à autorisation mais à une simple déclaration préalable, écrite par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps.

Lorsque le corps n'a pas subi de soins conservatoires, les opérations de transport sont achevées dans un délai maximum de vingt-quatre heures à compter du décès. Lorsque le corps a subi ces soins, le délai est porté à quarante-huit heures.

Sauf cas particulier, avec dans ce cas autorisation du directeur de garde, le départ du corps à partir de la chambre mortuaire doit se faire au cours des plages horaires d'ouverture de celle-ci.

Les conditions suivantes doivent être respectées :

- Accord médical du chef de service ou de son représentant
- Certificat de décès dûment complété
- Formulaire de reconnaissance de corps et de demande de transfert sans mise en bière dûment complétés et signés par toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile
- Accord écrit du Directeur du Centre Hospitalier ou de son représentant habilité
- Autorisation du Maire de la commune du lieu de dépôt du corps

Intervention sur place de l'officier de police judiciaire en vue d'attester de la régularité de l'opération pour les sorties du territoire de la commune.

Lorsque la commune du lieu du décès n'est pas celle où le corps est transporté, avis de l'autorisation de transport est adressé sans délai au Maire de cette dernière commune. Dans le cas où l'autorisation n'est pas accordée, le corps ne peut être transporté qu'après mise en bière.

La famille choisit librement la société qu'elle charge du transport du corps sans mise en bière. Les listes officielles des transporteurs habilités sont mises à sa disposition à l'accueil de la chambre mortuaire.

Les dispositions qui précèdent concernant les adultes s'appliquent aux enfants nés vivants et viables mais décédés avant que leur naissance ne soit déclarée à l'état civil, c'est-à-dire aux enfants ayant fait l'objet d'un acte de naissance et d'un acte de décès.

Dans le cas d'un enfant mort-né ou né vivant et non viable pouvant faire l'objet d'une déclaration « d'enfant sans vie » aux services de l'état civil (4), la famille dispose d'un délai de 10 jours au maximum pour réclamer le corps en vue d'organiser des obsèques, le recours à un opérateur funéraire est possible. En cas de non réclamation du corps aux termes de ce délai, l'hôpital prend les mesures pour faire procéder à sa charge à la crémation du corps, en principe dans un délai de 2 jours (5).

b) Transfert en chambre funéraire avant mise en bière

L'admission en chambre funéraire intervient dans un délai de vingt-quatre heures à compter du décès.

Elle a lieu sur la demande écrite de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état civil et de son domicile.

Cette demande doit être accompagnée d'un extrait du certificat attestant exclusivement que le décès n'a pas été causé par l'une des maladies contagieuses qui obligent une mise en bière immédiate.

Lorsque la chambre funéraire d'accueil du corps est située sur le territoire de la commune du lieu du décès, la remise de l'extrait du certificat précité s'effectue auprès du responsable de cette chambre funéraire.

Dans les autres cas, le maire de la commune où se trouve la chambre funéraire d'accueil du corps et le responsable de la chambre funéraire sont destinataires de l'extrait du certificat précité.

En l'absence de place disponible à la chambre mortuaire du CH Eure-Seine, le corps peut être également transféré vers une autre chambre mortuaire dans les mêmes conditions.

c) Opposition du médecin

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

- le décès soulève un problème médico-légal ;
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses qui obligent à procéder à une mise en bière immédiate
- l'état du corps ne permet pas un tel transport.

Si le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il en avertit sans délai par écrit la famille et, s'il y a lieu, le directeur de l'établissement ou son représentant.

7.3. Transport de corps à destination d'un établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche

Un établissement de santé, de formation ou de recherche ne peut accepter de don de corps que si l'intéressé en a fait la déclaration écrite en entier, datée et signée de sa main. Cette déclaration peut contenir notamment l'indication de l'établissement auquel le corps est remis.

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

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

Après le décès, le transport est déclaré préalablement, par tout moyen écrit, auprès du maire de la commune du lieu de décès ou de dépôt. La déclaration est subordonnée à la détention d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint d'une des infections transmissibles. Les opérations de transport sont achevées dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès. L'établissement assure à ses frais l'inhumation ou la crémation du corps réalisée.

Texte(s) de référence
(1) Art R.2213-13, -15 à -24 du Code Général des Collectivités Territoriales
(2) Art 78 du Code Civil
(3) Art R.2213-7 et s, Art R.2213-44 et s, R.2223-95 du Code général des collectivités territoriales (Cgt)
(4) Circulaire n°DHOS/EI/DGS/DACS/DGCL/2008/18 du 25 janvier 2008 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des foetus et à l'accompagnement du deuil périnatal.
(5) Art R.1112-75 et R.1112-76 du Code Santé Publique.

8. Autopsie sur personne décédée

8.1. Autopsie des enfants morts nés

Le CHU de Rouen assure la réalisation des examens et analyses nécessaires en matière de photopathologie des enfants morts nés et des enfants nés vivants mais non viables, ainsi que des autopsies des enfants nés vivants et viables puis décédés.

8.2. Prélèvements d'organes en vue de rechercher la cause du décès

Les prélèvements d'organes en vue de rechercher la cause du décès sont soumis aux mêmes règles sauf en cas d'autopsie médico-légale ou de nécessité impérieuse pour la santé publique. La famille est informée des prélèvements effectués en vue de rechercher les causes du décès.

Toute personne admise dans l'établissement qui entend s'opposer à un prélèvement sur son cadavre peut, à tout moment, faire connaître son refus auprès de l'équipe soignante ou de son entourage, ou s'inscrire, si elle a au moins 13 ans, sur le registre national des refus de prélèvement d'organes.

Les médecins qui procèdent à un prélèvement à des fins thérapeutiques ou scientifiques établissent un compte rendu détaillé de leur intervention et de leurs constatations sur l'état du corps et des organes prélevés.

Si les circonstances ayant entouré la mort sont telles que, dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le cadavre est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, le médecin qui a connaissance de ces circonstances doit s'abstenir de tout prélèvement qui rende aléatoire la preuve des causes du décès.

Les médecins ayant procédé à un prélèvement sur une personne décédée s'assurent de la restauration décente de son corps.

9. Don d'organes

Le Centre Hospitalier Eure-Seine est autorisé à prélever des tissus (ex : cornées) à des fins thérapeutiques sur une personne décédée.

L'organisation de l'activité de prélèvements de tissus sur le site d'Evreux est conforme aux prescriptions du code de la santé publique.

LIVRE III : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

CHAPITRE I – REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DES PATIENTS

1. Devoir d'information du public

1.1. Règles générales

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles concernant le secret et la discrétion professionnelles (1), et des règles écrites au livre II, chapitre II, Section 1 : la délivrance de l'information.

Ils participent ainsi à la transparence des décisions et des dossiers.

Lors de leur admission, les malades sont tenus de recevoir de l'établissement un livret d'accueil.

De plus, les règles garantissant les droits des patients, réunies pour la plupart d'entre elles dans le code de la santé publique, doivent être portées à la connaissance des usagers par le présent règlement intérieur qui doit être tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande (2). Ce règlement intérieur est notamment mis à disposition sur le site internet de l'établissement.

Concernant les informations de nature financière, le patient doit pouvoir se déterminer librement sur le choix d'une thérapeutique ou d'une prise en charge hospitalière en fonction des conséquences financières de sa décision. Il est désormais prévu que toute personne a droit, à sa demande, à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge (3).

1.2. L'information du malade et les dommages liés aux soins

L'annonce d'un dommage associé aux soins est un devoir moral, éthique mais aussi une obligation légale. Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage (4).

Le dommage est tout événement ayant entraîné un dommage physique et/ou psychologique, qu'il soit consécutif à des complications de la pathologie du patient, à un aléa thérapeutique ou à une erreur.

Ce dommage doit faire l'objet d'une annonce auprès du patient, qui doit, de préférence, être informé dans les 24 heures. Elle est obligatoire dans les quinze jours ayant suivi la découverte du dommage.

L'obligation d'information s'adresse :

- aux patients ou à ses représentants légaux (patient mineur ou sous tutelle),
- aux ayants droits en cas de décès du patient,

Il faut souligner que le patient peut donner son accord pour que l'information soit transmise à un membre de la famille ou le cas échéant à la personne de confiance. L'entourage pourra être impliqué dans le processus d'annonce. Si l'état physique et psychologique du patient ne lui permet pas de recevoir l'information (tels les patients hospitalisés en réanimation), celle-ci devra être délivrée à la personne de confiance.

L'information délivrée porte sur la description des faits (connus et sûrs), sur la présentation de regrets voire d'excuses en cas d'erreur avérée, sur les actions correctives mises en place pour que l'événement ne se reproduise plus, sur la proposition d'offre de

soutien. En cas de situation de crise aiguë, il est important de respecter le devoir de réserve envers les médias et l'extérieur.

L'information délivrée au patient et/ou à ses ayants droit est tracée dans le dossier patient.

Suite à cet événement indésirable, une réunion d'équipe doit être organisée pour mettre en place des actions correctives, en lien avec la cellule qualité et le coordonnateur médical de la gestion des risques associés aux soins.

Texte(s) de référence
(1) Loi n° 83-634 du 13/07/1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, art 27
(2) Art R 1112-78 du Code de la santé publique
(3) Art L 1111-3 du Code de la santé publique
(4) Art L 1142-4 du Code de la santé publique

2. Secret professionnel

2.1. Principe

Le secret professionnel est une condition nécessaire de l'exercice de la médecine. Ce principe s'étend également à tous ceux qui, dans l'exercice de leurs fonctions, participent aux soins et à la mission du service public hospitalier, ainsi qu'aux bénévoles et aux représentants des usagers.

Institué dans l'intérêt des malades, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel est un principe fondamental dont la violation est passible de sanctions.

Ce secret étant un droit absolu, personne ne peut s'en délier, même le patient lui-même.

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 a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Il convient de préciser que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

2.2. Dérogations

Les dérogations au secret professionnel		
<i>Dérogations obligatoires</i>	<i>Dérogations facultatives</i>	<i>Dérogations jurisprudentielles</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Les naissances - Les décès - Les maladies contagieuses - Les soins psychiatriques : sur demande d'un tiers, du représentant de l'état - Les sauvegardes de justice 	Article 226-14 du code pénal	<ul style="list-style-type: none"> Rentes viagères Testament

<ul style="list-style-type: none"> - Les accidents du travail et maladies professionnelles - Les pensions civiles et militaires de retraite - L'indemnisation de personnes victimes d'un dommage, VIH, amiante - Le dopage - La sécurité, veille, alertes sanitaires 		
---	--	--

Texte(s) de référence
Article L 1110-4 al 1 du Code de la santé Publique ; Articles 226-13 et 226-14 Code Pénal ; Articles R 4127-4 et R 4127-73 du Code de la Santé Publique relatifs à la déontologie médicale
A titre d'exemples : dans le code de la santé publique : Code Civil : Article 56 (déclaration de naissance) et article 80 (certificat de décès) Code de la santé publique : Article L.3113-1 (déclaration de certaines maladies contagieuses) Article R.3113-2 (déclaration d'infections sexuellement transmissibles) Article L.3211-6 al 2 (déclaration visant au placement d'un majeur sous sauvegarde de justice) Article L.2132-2 (certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge) Article L.3413 (déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication d'un malade traité dans le cadre d'une injonction thérapeutique) Article R.4127-76 (certificat médical) Code de la Sécurité sociale : Article L.441-6 (certificat d'accident du travail)
Article 226-14 1° et 2° du Code Pénal
Article 40 alinéa 2 du Code de Procédure Pénale.
Article L 1111-6 du Code de la Santé Publique

3. Obligation de discrétion professionnelle

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.

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, des agents d'assurance et des démarcheurs.

3.1 Règles relatives à l'utilisation d'un compte personnel sur les réseaux sociaux

Tout agent doit faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits ou informations dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Aucune divulgation d'informations concernant le CH Eure-Seine ne doit pas être publiée sur les réseaux sociaux. En cas de doute, il convient de s'abstenir. Le contrevenant s'expose à des sanctions disciplinaires.

Il convient de bien séparer sa vie professionnelle de sa vie privée : dans les champs d'information personnelles, il est souhaité de ne renseigner ni lieu de travail ni profession : l'image de l'établissement pourrait être associée au comportement de l'internaute.

Le CH Eure-Seine veille à son e.reputation : par conséquent, les agents sont encouragés à signaler à la direction de la communication et droits des patients toute information dommageable à l'établissement, pour réponse.

Texte(s) de référence
Article L.1110-4 du Code de la santé publique Article 26 de la Loi n° 83-634 du 13/07/1983 portant droits et obligations des fonctionnaires Fiche 9 de la charte de la personne hospitalisée. Charte des bonnes pratiques de confidentialité

4. Devoir général de réserve – respect de la liberté de conscience et d'opinion / Non-discrimination - le principe de laïcité

Tout agent 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, dans ses actes comme dans ses paroles, 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 malades, les visiteurs et les autres agents du site.

Aucune marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique n'est acceptée sur les lieux de travail (1). Les personnels ne doivent à aucun moment de leur activité professionnelle faire état d'un éventuel engagement et leur comportement, tant dans le service qu'à l'extérieur de celui-ci, doit respecter le principe de neutralité.

De même, tout personnel du Centre Hospitalier Eure-Seine doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre en charge, avec la même conscience, tous les patients ou usagers du service public, quel que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

La liberté de conscience et d'opinion est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leurs familles.

Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur (2) en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

Les malades ou sur leur famille doivent notamment être tenus à l'écart des mouvements à caractère syndical ou politique du personnel susceptible d'apparaître dans le Centre Hospitalier Eure-Seine.

Texte(s) de référence

(1) Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 02/02/2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé Charte de la laïcité

(2) Loi n° 86-33 du 09/01/1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (art. 96 à 98) ; décret n° 86-660 du 19/03/1986

5. Le respect du confort des malades

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort (1) physique et moral des malades dont ils ont la charge.

D'une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers.

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

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer activement :

- à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les unités de soins (par exemple par le port de chaussures adaptées).
- à la réduction des nuisances liées à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Texte(s) de référence

(1) Charte de la personne hospitalisée
--

6. Respect de la dignité et de l'intimité du patient

Le respect de la dignité (1) et de l'intimité du patient doit être préservé par tous les professionnels à tout moment du séjour hospitalier du patient. Cela implique que le respect de l'intimité et de la vie privée du patient soit préservée lors des soins, des toilettes, des consultations, des traitements pré ou post-opératoires, des radiographies, des visites médicales et des transports.

Les personnels frappent avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénètrent, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

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

Les malades hospitalisés ne peuvent être amenés à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires, ou à recevoir des soins en présence d'un proche,

sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus (2).

Les conditions d'hébergement matérielles et environnementales sont aménagées de façon optimale.

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

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

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

Concernant ce dernier point : toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur (3) ; désormais, la personne souffrante peut opposer ce droit et bénéficier des méthodes et produits aptes à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Ce droit des patients implique des obligations pour les professionnels de santé : en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade et l'assister moralement, il doit le faire par des moyens appropriés à son état (4). Le médecin doit être attentif à son patient et aux derniers protocoles et produits susceptibles de calmer la douleur des patients.

Le CH Eure-Seine doit donc assurer la formation initiale et continue des professionnels de santé afin qu'ils soient aptes à prendre en charge la douleur des patients.

Texte(s) de référence
(1) Charte de la personne hospitalisée
(2) Art L 1111-4 du Code de la santé publique
(3) Art L 1110-5 du Code de la santé publique
(4) Art R 4127-37 du Code de la santé publique

7. Accueil de la famille, des proches, de la personne de confiance de la personne malade

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

Les patients ont, d'une manière générale et sous réserve des contraintes liées à l'organisation du service public, le libre choix de leur praticien. Mais le service n'est nullement tenu de donner suite à ces demandes si cela nuit au fonctionnement du service ou à la qualité des soins. Les patients qui manifestent une intransigeance que le service public ne peut satisfaire, peuvent choisir de recourir à d'autres établissements de santé, y compris privés, qui peuvent choisir de répondre favorablement à ces demandes.

8. Coordination de la prise en charge

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser et d'une manière générale, de leur devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement. Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

9. Exigence d'une tenue professionnelle

9.1. Principes

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services du Centre Hospitalier Eure-Seine doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement et respecter le principe de neutralité et de laïcité du service public précisés dans les textes réglementaires.

Une tenue correcte dans l'habillement professionnel comme dans le langage est exigée de l'ensemble du personnel au sein de l'hôpital.

A ce titre, le port de tout insigne ou badge à caractère politique, syndical ou associatif, est interdit sur les tenues de travail.

La tenue vestimentaire réglementaire doit être portée pendant toute la durée du service pour les personnels concernés.

Le port des vêtements de travail est interdit au restaurant du personnel et à l'extérieur de l'établissement, pour raisons d'hygiène.

9.2. Identification du personnel

Une identification du personnel a été instituée sur les tenues de travail (pour le personnel qui en porte), et sur badge.

Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification, établi dans un souci d'humanisation de l'établissement hospitalier et de sécurité.

9.3. Entretien des vêtements de travail

Le Centre Hospitalier Eure-Seine assure gratuitement la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail aux agents ayant l'obligation de porter une tenue de travail pendant qu'ils sont en service.

10. Biens du patient

10.1. Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les malades ou trouvés à l'hôpital

Aucun employé du Centre Hospitalier Eure-Seine ne doit conserver des dépôts d'argent ou objets de valeur appartenant à des malades.

Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur des recettes disposant d'un coffre-fort à cet effet (admissions, urgences, chambre mortuaire).

10.2. Interdiction des pourboires et des gratifications

Le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire de la part des malades ou des visiteurs.

11. La promotion de la bientraitance

Les personnels agissent dans le souci constant du patient. Ils sont attentifs à ses besoins, à ses demandes et respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions

qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits des patients et l'amélioration de leur vie quotidienne. Le CH Eure-Seine veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance y compris dans ses formes non intentionnelles ou passives.

CHAPITRE II - PRINCIPES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE

Section 1 –Principes de bonne conduite professionnelle

1. Présence au travail des personnels

1.1. Assiduité et ponctualité

L'assiduité et la ponctualité du personnel médical, soignant, médico-technique, administratif, et technique font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement du Centre Hospitalier Eure-Seine.

Les horaires sont fixés par tableaux de service, et sur la base de plannings prévisionnels de travail. Ils sont établis au regard de l'exigence de continuité du service public hospitalier.

1.2. Obligation d'assurer la continuité du service public

L'obligation d'assurer la continuité du service public impose que le personnel prenne ses fonctions à l'heure prévue et ne quitte le service que lorsque la relève est assurée.

La continuité du service public hospitalier implique le recours aux astreintes (1) qui ont pour objet de faire face au caractère exceptionnel de certaines interventions incombant aux établissements dans le cadre de leurs missions de soins, d'accueil et de prise en charge des personnes.

Elles visent à permettre toute intervention touchant à la sécurité et au fonctionnement des installations et des équipements y concourant, lorsqu'il apparaît que ces prises en charge, soins et interventions ne peuvent être effectués par les seuls personnels en situation de travail effectif dans l'établissement.

Par conséquent, les personnels assurant leur service d'astreinte doivent pouvoir être joints par tous les moyens appropriés, à la charge de l'établissement, pendant toute la durée de cette astreinte.

Pour cela, le directeur général établit, après avis du comité technique d'établissement, la liste des activités, des services, des catégories de personnels concernés par les astreintes, ainsi que le mode d'organisation retenu.

1.3. Absences

En cas d'impossibilité de prendre son travail comme prévu, l'agent doit, sans délai, en avertir le ou la responsable de son service. En cas de maladie, le personnel doit en outre faire parvenir le justificatif d'arrêt dans un délai de 48 heures à la direction des ressources humaines pour les personnels non médicaux et à la direction des affaires médicales pour les personnels médicaux.

Toute absence pour congés annuels, congés liés à la réduction du temps de travail ou autorisations diverses doit faire l'objet d'un accord délivré par le responsable hiérarchique.

Texte(s) de référence

(1) Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation dans les établissements de santé

2. Règles de comportement au sein de l'établissement

2.1. Exécution des instructions reçues

Tout agent de l'hôpital, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées (1). Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable 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 (2).

Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

C'est le cas en ce qui concerne les professions dotées de pouvoir propres et de compétences spécifiques protégées par la réglementation (3). Ainsi, les textes listent les professions paramédicales réglementées pour lesquelles l'exercice illégal et l'usurpation de titre sont sanctionnés pénalement.

Par exercice illégal, il faut entendre l'accomplissement d'actes professionnels entrant dans le champ de compétence de la profession sans remplir les conditions légalement exigées.

Concernant le corps infirmier, il faut rappeler que celui-ci applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur ainsi que le protocole thérapeutique et les soins d'urgence que celui-ci a déterminés(4), dans le respect des règles professionnelles applicables au corps infirmier.

Texte(s) de référence

(1) Loi N° 83-634 du 13.07.1983 (article 28) ;
--

(2) Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaire relative à la fonction publique hospitalière, article 99

(3) Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 et la circulaire DHOS/P2 n° 2005-225 du 12 mai 2005.
--

(4) Article R.4312-29 Code de Santé Publique.

2.2. Le management par les cadres

La [charte de management](#) de l'encadrement du Centre hospitalier Eure-Seine, cosignée du directeur général et du Président de la Commission médicale d'établissement, a vocation à être mise en œuvre et respectée par tous les cadres de l'établissement,

administratifs, soignants, techniques et médico-techniques, et elle peut également inspirer l'action des médecins.

Elle est organisée autour de six thématiques : la responsabilité ; l'écoute et le respect ; l'exemplarité, la reconnaissance ; la transparence et la communication ; l'esprit d'équipe, l'entraide et l'équité, et a aussi été déclinée sous forme [d'affiche](#).

Elle a pour objectif de clarifier les missions et le positionnement des cadres, de favoriser la responsabilisation et la transversalité, de partager les priorités et les projets de l'établissement.

2.3. Règles d'utilisation du téléphone au travail

Pour être joint en cas de problématique familiale, il est conseillé à l'agent de donner le numéro de téléphone du service dans lequel il travaille.

Sur la plage horaire de travail, il est demandé aux agents d'éteindre leur portable personnel : il est possible de le consulter au moment des pauses.

Par respect des bonnes pratiques et des règles d'hygiène, les téléphones portables personnels sont interdits dans les poches des tenues des agents.

2.4. Dispositions relatives à la violence au travail

Il est de la responsabilité du directeur général de l'établissement d'engager les actions nécessaires à l'arrêt de toute pratique de violence, de mettre en œuvre une politique de prévention des formes de violence dans l'établissement et de garantir l'aide aux victimes.

La violence verbale et/ou physique peut être exercée :

- Par le patient ou ses proches à l'encontre du personnel de l'établissement ;
- Par les personnels de l'établissement à l'encontre des patients.

Elle peut également s'exercer entre les personnels de l'établissement dans le cadre des relations professionnelles et prendre la forme d'un harcèlement moral ou sexuel susceptible de porter atteinte aux droits et à la dignité, d'altérer la santé physique ou mentale ou de compromettre l'avenir professionnel de l'agent victime.

Tout comportement de violence, de harcèlement moral ou sexuel est formellement interdit et doit être signalé par la personne victime ou témoin de tels agissements à la cellule de veille dans le cadre d'un protocole relatif à la prévention et à la prise en charge des situations de violence validé par le CHSCT de l'établissement et diffusé à l'ensemble des personnels.

A la suite de l'enquête sur les Risques psychosociaux (Rps), le comité de pilotage est en charge d'élaborer un plan d'amélioration et de prévention des Rps. Des groupes de travail œuvrent sur les thèmes retenus par le CHSCT. Dans le cadre de la Qualité de vie au travail (Qvt), 2 clusters sociaux sont co-pilotés par l'Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (Aract), l'un pour accompagner le virage ambulatoire l'autre pour poursuivre le travail de réorganisation et d'amélioration de la performance au sein des blocs opératoires.

3. Règles relatives à la qualité et à la sécurité

3.1. Signalement des dysfonctionnements

Tout agent est tenu de signaler sans délai tous les dysfonctionnements dont il a connaissance par écrit dans le cadre de Fiche de Signalement d'Effets Indésirables (Fsei). La déclaration se fait par voie électronique via le logiciel interne [bluemedi](#).

Tout agent doit prendre soin de sa sécurité et de sa santé, ainsi que de celles des personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail. Tout défaut de vigilance de l'agent engage sa responsabilité.

Une [charte de soutien à la déclaration des événements indésirables](#), signée par le directeur général, la président de la Cme et le coordonnateur général des soins confirme l'engagement de l'encadrement à soutenir les professionnels dans cette démarche.

3.2. Respect des règles de sécurité

Tous les agents de l'hôpital ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'hôpital et de ses usagers, notamment concernant l'identification du patient.

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, mesures spécifiques à certains postes de travail telles que test d'alcoolémie pour les conducteurs de véhicules).

Tout agent doit prendre soin de sa sécurité et de sa santé, ainsi que de celles des personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail. Tout défaut de vigilance de l'agent engage sa responsabilité.

Il est interdit aux agents d'inviter des personnes extérieures au sein des services de l'établissement.

Tous les agents de l'hôpital doivent observer strictement les règles de sécurité et respecter l'interdiction de fumer. Les cigarettes électroniques sont interdites dans les bâtiments au même titre que les cigares et cigarettes.

3.3. Contrôle des armoires et vestiaires

La direction du CH Eure-Seine se réserve le droit de faire ouvrir à tout moment, par nécessité justifiée d'hygiène ou de sécurité, les armoires des vestiaires afin d'en contrôler le contenu et l'état. L'exercice de ce droit intervient obligatoirement en présence des salariés intéressés ou de leurs représentants.

En cas de nécessité, notamment à la suite de disparition d'objets ou de matériels, la direction peut faire procéder à la vérification des objets emportés par les personnes sortant de l'établissement, à une vérification sur les personnes même, dans la mesure où les intéressés seront avertis du droit de s'y opposer. Le consentement des salariés sera recueilli en présence d'un tiers ou d'un représentant du personnel. En cas de refus, la direction pourra faire procéder aux vérifications par l'officier de police judiciaire compétent.

3.4. Respect des règles d'hygiène

Tous les agents de l'hôpital doivent observer strictement les règles d'hygiène qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Ils doivent notamment porter en présence des malades les tenues fournies par l'établissement et respecter [l'interdiction de porter bijoux](#), ainsi que les mesures pour assurer l'hygiène à l'hôpital.

Les téléphones portables personnels sont interdits dans les poches des tenues des agents.

3.5. Obligation des personnels en cas d'infection nosocomiale

Tout personnel hospitalier médical ou non médical a l'impérieuse obligation de se soumettre à tout dépistage nécessaire pour permettre de trouver l'origine d'une infection nosocomiale.

Le refus d'un agent de se soumettre à cette exigence de dépistage entraîne son exclusion temporaire immédiate du service en application du principe de précaution.

Cette exclusion temporaire immédiate du service peut être suivie selon le cas de la mise en œuvre d'une procédure disciplinaire à l'encontre de l'agent en cause.

3.6. Interdiction de fumer et de consommer des boissons alcoolisées

Il convient de rappeler que les établissements de santé sont soumis à une interdiction totale de fumer (1) y compris dans les véhicules de service lors des transports ou des accompagnements professionnels, ainsi que dans les locaux.

Les contrevenants s'exposent à des sanctions disciplinaires ou pénales.

Cette interdiction s'applique également aux cigarettes électroniques, dont il est interdit de faire usage au sein de l'établissement.

Par ailleurs, le personnel ne doit ni introduire, ni consommer de boissons alcoolisées dans l'enceinte du Centre Hospitalier Eure-Seine.

Texte(s) de référence

(1) Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 et article R.3511-1 et R.3511-2 du Code de la Santé Publique
--

3.7 Droit d'alerte et de retrait

Face à un danger qu'il estime grave et imminent pour sa vie ou sa santé, l'agent doit signaler immédiatement cette situation. Il peut se retirer du poste de travail, à condition de ne pas mettre en danger la sécurité d'autrui.

4. Règles relatives aux biens matériels

4.1. Conservation en bon état des locaux, matériels et effets

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à disposition par le Centre Hospitalier Eure-Seine. Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

4.2. Utilisation des véhicules du Centre hospitalier Eure-Seine

L'utilisation des véhicules doit être faite dans le strict respect du code de la route aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur du Centre Hospitalier Eure-Seine.

Toute anomalie de fonctionnement constatée sur un véhicule doit immédiatement être signalée au responsable du parc automobile.

Dans le cadre d'une suspension ou de perte du permis de conduire, il est de la responsabilité de chacun des agents de ne pas prendre de véhicule. Dans le cas contraire, sa responsabilité sera engagée.

4.3. Responsabilité par rapport aux effets et aux biens personnels

Chaque membre du personnel (médical ou non) est responsable de ses effets et biens personnels ainsi notamment que de sa carte de self et de parking du personnel ou des clés qui lui sont confiées.

Tout agent de l'établissement, quel que soit son site d'exercice professionnel, se voit attribuer un badge. Il lui est remis par la direction des ressources humaines ou des affaires médicales lors de sa prise de fonction.

Ce badge permet de déjeuner au self des sites d'Evreux et de Vernon, d'accéder au parking réservés aux personnels de l'hôpital d'Evreux, de circuler dans les zones réservées aux personnels de l'hôpital d'Evreux.

Le badge doit être restitué le dernier jour travaillé. A défaut, il sera facturé.

Toute perte de badge doit être déclarée à la Direction des ressources humaines ou à la Direction des affaires médicales qui attribuera un nouveau badge, alors facturé.

Aucun vol, perte (voire déprédation) d'argent, valeurs ou objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l'établissement.

4.4. Restaurant du personnel

Des restaurants en self sont à la disposition des personnels des différents établissements du Centre Hospitalier Eure-Seine pour les repas du midi.

Ils sont ouverts de 11h30 à 14h.

L'accès est réservé exclusivement aux personnels en service du Centre Hospitalier Eure-Seine et des institutions autorisées.

Les demandes de repas gratuits ou payants pour les autres convives sont signées par la direction des ressources matérielles.

Les membres de la famille (enfants, conjoints etc) ne sont pas autorisés à se restaurer aux selfs.

Le paiement des repas du personnel s'effectue obligatoirement avec le badge.

Le repas donne lieu au paiement d'un prix fixé par le conseil d'administration.

Les tenues hospitalières ne sont pas autorisées.

4.5. Bonne utilisation du système d'information

Chaque agent, dans ses propres situations de travail, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation, contenues dans [la charte relative à l'utilisation des outils informatiques](#), par lequel l'institution met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. Il doit appliquer la politique de sécurité du système d'information du CH Eure-Seine.

Il doit également respecter les chartes et règlements que l'institution se donne.

Dans le respect des lois et notamment après information préalable, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses agents.

Section 2 – Expression des personnels

1. Droit d'expression directe et collective

Les personnels du Centre Hospitalier Eure-Seine bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail dans des conditions arrêtées par le directeur après avis du comité technique d'établissement.

Conformément aux dispositions de l'article R. 714-28-2 du code de la santé publique, le droit à l'expression directe et collective des personnels s'exerce dans le cadre de réunions organisées au moins deux fois par an, dans l'enceinte de l'établissement, en dehors des lieux ouverts au public et pendant le temps de travail des agents ou dans le cadre des conseils de pôle.

2. Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels de l'hôpital.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Le directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

3. Droit de grève et service minimum

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent avec l'obligation d'assurer la continuité du service public, ainsi que la sécurité des malades et des installations.

Un service minimum peut être mis en place par la direction, tel que défini au sein de l'établissement

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

4. Journée d'accueil des nouveaux professionnels

A l'occasion de leur recrutement, les professionnels médicaux et non médicaux sont respectivement invités à participer à une journée d'information. Il est demandé aux services de tout faire pour rendre les nouveaux agents disponibles pour cette journée.

CHAPITRE III – LA SPECIFICITE DES INTERNES ET ETUDIANTS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

Section 1 : Les internes et étudiants de médecine

1. Les internes

Les internes (1) en médecine, en pharmacie ou en odontologie sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui, à l'hôpital, consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et à leur formation. Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service.

Les internes sont soumis au règlement des établissements ou organismes dans lesquels ils exercent leur activité. Ils s'acquittent des tâches qui leur sont confiées et participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique (2). Ils ont la qualité d'agent public et sont notamment soumis au secret professionnel et à l'obligation de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leur activité hospitalière.

Au sein des services cliniques, les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), aux jours et heures arrêtés par le chef de service.

Ils dispensent des soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien du service. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère invasif, sous la responsabilité du chef de service, que s'ils sont habilités par celui-ci et à condition qu'un praticien autorisé par la réglementation (3) soit en mesure d'intervenir à tout moment.

Les internes affectés dans les services cliniques sont habilités à prescrire des examens biologiques et des actes d'imagerie sous la responsabilité du chef de service.

Les internes affectés dans un service clinique sont habilités à prescrire des médicaments et dispositifs médicaux sous les réserves suivantes :

- Avoir reçu une délégation de signature délivrée par le chef du service d'affectation,
- Avoir cosigné cette délégation transmise chaque semestre à la pharmacie du site d'affectation.

Au sein des services médico-techniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic.

Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques.

Les internes participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour.

Texte(s) de référence
(1) Article R.6153-1 et suivants du Code Santé Publique
(2) Article R.6153-46 et suivants Code Santé Publique
(3) Article L.4111-1 du Code Santé Publique

2. Les étudiants en médecine

Les étudiants en médecine (1), en pharmacie ou en odontologie participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des praticiens du service.

Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation.

Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils sont associés au service de garde. Ils suivent les enseignements dispensés au sein de l'hôpital et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Texte(s) de référence
(1) Article R.6153-51 et s. du Code de la santé publique

Section 2 : Les étudiants des écoles et instituts paramédicaux

Les élèves et étudiants des filières para-médicales suivent des enseignements pratiques dispensés au sein du centre hospitalier, et des enseignements théoriques organisés par les écoles paramédicales. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

En stage, ils contribuent à la prise en charge des malades et à la réalisation des soins qui leur sont confiés, en fonction de leur niveau de formation et des objectifs de stage, et sous le contrôle d'un tuteur de stage.

Ils doivent se conformer :

- aux obligations réglementaires ainsi qu'aux règles professionnelles des professions pour lesquelles ils se forment ;
- aux obligations fixées par le règlement intérieur de leur école ainsi que par le présent règlement intérieur ;
- aux obligations de présence correspondant au cursus scolaire.

CHAPITRE IV - INSTANCES RELATIVES AU SUIVI DE CARRIERE DES AGENTS

Section 1 – La commission de formation des personnels non médicaux

Pour ce qui est de la formation, [une commission de formation des personnels non médicaux suit](#) le plan de formation de l'année en cours, dresse de bilan de celui passé et prépare le plan de l'année à venir. Ces avis sont présentés en Cte, et ont vocation à simplifier ses travaux.

Section 2 - Les Commissions administratives paritaires locales (CAPL)

Instituées par le conseil de surveillance de l'établissement, les [commissions administratives paritaires locales](#) (1) sont compétentes pour toutes les questions d'ordre individuel relatives au déroulement de carrière des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement.

Texte(s) de référence

Décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003 modifié par le Décret n° 2007-1244 du 21 août 2007
--

Section 3 – Le Comité local de gestion personnalisée des agents (Clgpa)

Un comité a été créé sur chaque site (en 2003 sur Evreux et en 2004 sur Vernon) au vu de la problématique croissante d'agents en difficulté sur leur poste de travail.

L'objectif est de les accompagner dans leur retour à l'emploi s'il y a eu arrêt long ou de les maintenir au travail en proposant des aménagements de postes, des changements de postes ou des reclassements professionnels.

Composition, attribution et fonctionnement du CLGPA

Composition

Le C.L.G.P.A de chaque site est composé :

- de la Directrice des Ressources Humaines
- du Coordonnateur Général des Soins
- d'un représentant de chaque famille syndicale
- de la référente du CLPGA
- du médecin et de l'infirmière du service de santé au travail
- de la psychologue du travail
- de l'Adjoint des Cadres chargée du pôle social à la DRH
- de l'assistante sociale

Attributions

Dans le cadre de ses compétences pluridisciplinaires, le C.L.G.P.A. de chaque site a pour missions :

- de procéder à l'étude personnalisée aux dossiers présentés
- d'apporter des solutions permettant à l'agent d'être maintenu ou de reprendre un poste de travail compatible avec ses aptitudes et avec les besoins de l'établissement, en lien avec le F.I.P.H.F.P.
- d'informer et d'accompagner les agents
- de suivre chaque situation jusqu'à un positionnement professionnel stable, inscrit dans la durée
- de cibler les postes aménagés et de réviser les affectations temporaires sur ces postes
- d'initier ou de ré-initier des actions de prévention

Fonctionnement

Chaque C.L.G.P.A. se réunit tous les 2 mois => 1 réunion / mois en alternance de site.

Les réunions sont organisées par la Direction des Ressources Humaines.

La liste des situations examinées est fixée sur proposition de la référente en charge du CLGPA et des représentants du personnel.

Une fiche individuelle par situation est ensuite transmise à chaque membre du comité avant la séance. Un point d'information de chaque CLGPA est présenté à chaque CHSCT.

**LIVRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES AUX
ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR
PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)**

CHAPITRE I – GARANTIE DU DROIT DES USAGERS

Section 1 – Projet d'établissement / projet de vie

L'EHPAD est un lieu de vie et de soins qui s'est donné pour mission d'accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins.

L'établissement a pour mission de rendre effectif le droit à la protection, à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, au respect de la dignité, à la santé et aux soins, à un suivi médical adapté.

L'établissement s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents. Dans cet esprit, le personnel aide les résidents à accomplir les gestes essentiels quotidiens concernant la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage,...), l'alimentation, l'habillement ; les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien de l'autonomie plutôt que de se substituer à eux et de « faire à leur place ». De plus, il favorise la vie sociale du résident en l'aidant dans ses déplacements à l'extérieur de l'établissement et favorise le respect de ses choix chaque fois que possible.

L'EHPAD s'est donné pour objectif de permettre aux résidents de demeurer dans leur logement le plus longtemps possible. Ce principe ne porte pas atteinte aux possibilités de départ volontaire sur l'initiative de résident, ni aux cas de résiliation mentionnés dans le contrat de séjour.

La personne se voit proposer un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions. Elle dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur. Son consentement éclairé est à chaque fois recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

La personne peut désigner par écrit une personne de confiance (art L 1111-6 du code de la santé publique). La personne de confiance sera consultée au cas où le résident ne peut exprimer sa volonté et recevoir toute l'information nécessaire. La désignation est révocable à tout moment.

Dans le cas où le résident est dans l'incapacité de comprendre ou de s'exprimer, le tuteur ou la famille seront consultés.

Section 2 : Droits et libertés

1. Valeurs fondamentales

L'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte de la personne âgée dépendante de la Fédération Nationale de Gérontologie qui répond à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie. La charte est affichée au sein de l'établissement et remise aux résidents au moment de l'admission.

Le résident est une personne qui a droit au respect de ses libertés fondamentales qui s'exprime dans le respect réciproque :

- des salariés
- des intervenants extérieurs
- des autres résidents
- de leurs proches

Ces libertés fondamentales sont les suivantes :

- Respect de la dignité et de l'intégrité
- Respect de la vie privée
- Liberté d'opinion
- Liberté de culte
- Droit à l'information
- Liberté de circulation
- Droit aux visites

2. Conseil de la Vie Sociale

Il existe conformément au décret n°2005-1367 du 2 novembre 2005 un Conseil de la Vie Sociale, instance d'expression des résidents et de leurs familles.

Il s'agit d'un organisme consultatif sur toutes les questions relatives à la vie dans l'établissement. Il est composé de représentants élus ou désignés pour trois ans par scrutin secret :

- des résidents
- des familles
- de représentants du personnel
- de l'organisme gestionnaire

Leurs noms sont portés à la connaissance des résidents par voie d'affichage.

Le Conseil de la Vie Sociale se réunit au moins 3 fois par an.

3. Représentation des familles au conseil de surveillance du CH Eure-Seine

Un représentant des familles de résidents siège au conseil de surveillance du Centre Hospitalier Eure-Seine avec voix consultative : ce conseil de surveillance définit la politique générale de l'établissement et délibère sur des points tels que le projet d'établissement, le budget, les tarifs, le présent règlement de fonctionnement.

Section 3 : Dossier du résident

1. Règles de confidentialité

Le respect de la confidentialité des données relatives au résident est garanti dans le respect de la réglementation en vigueur.

En particulier, la consultation du dossier médical et de soins est exclusivement réservée au personnel médical et paramédical selon une procédure définie.

2. Droit de consultation

Tout résident (qui peut être accompagné de la personne de son choix) et, le cas échéant, son représentant légal, a accès, sur demande formulée de manière précise, à son dossier médical et de soins (loi du 4 mars 2002).

La communication des données peut s'effectuer avec un accompagnement psychologique ou médical approprié si nécessaire.

3. Relations avec la famille et les proches

La présence, dans la mesure du possible, de la famille et des amis, est une condition favorable à la qualité du séjour.

Pendant toute la durée de celui-ci, l'information et la communication entre la famille et l'établissement dans le respect de la volonté du résident - doit s'instaurer afin d'assurer au mieux leur complémentarité dans un climat de confiance mutuelle.

Au cours des périodes éventuelles d'hospitalisation, la famille est invitée à préparer avec l'établissement le retour du parent dans l'établissement.

4. Prévention de la violence et de la maltraitance

Les personnels ont l'obligation de dénoncer les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l'exercice de leurs fonctions. Ils sont alors protégés conformément à la législation en vigueur.

La Direction donnera les suites appropriées à tout acte éventuel de maltraitance physique, psychique ou morale, matérielle et financière, de négligence dont elle pourrait avoir connaissance.

5. Concertation, recours et médiation

5.1. Au sein de l'établissement

Un recueil de la satisfaction des résidents et de leurs familles est effectué au moins une fois par an si possible, grâce à un questionnaire de satisfaction

La Direction, ou un représentant, se tient à la disposition des résidents et de leurs familles souhaitant faire entendre une remarque, soit par téléphone, soit lors d'un rendez-vous au cours duquel le résident peut être accompagné de la personne de son choix.

Un document de déclaration d'événements indésirables est à disposition au sein des unités. Il permet à chacun de déclarer un événement, une demande de travaux. Une fois enregistré, il est transmis au cadre responsable de l'unité. A charge pour ce dernier de mettre en œuvre les actions nécessaires pour répondre à la demande.

Si la situation le permet (confidentialité, règles de droit), une communication interne est faite aux acteurs de la structure, dont le Conseil de la Vie Sociale, afin que toutes les mesures puissent être prises.

5.2. Les « personnes qualifiées »

Instituées par la loi du 2 janvier 2002 et le décret du 14 novembre 2003, elles sont nommées conjointement par le préfet et le président du Conseil général. Elles ont pour mission, sans pouvoir de contrainte, de trouver des solutions par le dialogue aux conflits entre les résidents et l'établissement.

Les coordonnées de ces médiateurs externes ainsi que les modalités pour y recourir seront communiquées par toutes les voies utiles aux bénéficiaires dès leur nomination par les autorités compétentes.

L'établissement dispose d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité pour traiter les plaintes.

Des représentants de l'établissement sont à la disposition des résidents et de leur famille pour recevoir les remarques et informer sur les voies de recours et de conciliation disponibles au sein de l'établissement. Des rendez-vous peuvent être organisés sur chaque site. Pour cela, les coordonnées des personnes à contacter sont affichées dans chaque structure.

Annexes :

[Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance](#)

[Charte de la personne âgée dépendante](#)

CHAPITRE II – FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

Section 1 : Régime juridique de l'établissement

L'établissement est un établissement public de santé, géré par un Conseil de Surveillance et un Directeur.

Il relève du code de la santé publique et de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de l'article L312-1 al 6 du code de l'action sociale et des familles.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale, le cas échéant.

Il répond aux normes d'attribution de l'allocation logement.

Section 2 : Personnes accueillies

L'établissement accueille des personnes seules ou des couples âgés d'au moins 60 ans, sauf dérogation.

Section 3 : Admissions

Toute personne qui envisage son admission au sein de l'établissement peut demander à en faire une visite préalable auprès des services administratifs des différents sites.

Sur l'avis d'un médecin traitant ou du service hospitalier, la commission d'admission inter-Ehpad donne son avis sur l'admission de la personne âgée sur la base de la méthodologie réglementaire (AGGIR).

Le Directeur prononce ensuite l'admission selon une procédure définie. La date d'arrivée du résident est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.

Le dossier administratif d'admission établi le jour de l'entrée comporte les pièces suivantes :

- un extrait d'acte de naissance ou une copie intégrale du livret de famille ;
- la copie de l'attestation de la carte vitale et de la mutuelle si la personne âgée est adhérente ;
- la copie de la quittance d'assurance responsabilité civile personnelle ;
- la copie de la quittance de l'assurance des biens et objets personnels s'il en existe une ;
- la copie des taxes d'habitation, foncière ;
- la copie du dernier avis d'imposition sur le revenu ;
- les justificatifs des ressources, d'allocation personnalisée d'autonomie ou d'allocation logement ;
- la copie du jugement si protection juridique ;
- la copie du contrat obsèques ;
- les justificatifs des placements, assurance-vie, donation ou retrait d'une somme importante d'argent dans les 10 années, la copie des relevés de comptes des 3 derniers mois en cas de demande d'aide sociale.

Section 4 : Contrat de séjour

Il est signé un contrat de séjour entre la personne âgée et l'établissement conformément au décret du n°2006-1752 du 23 décembre 2006.

Un exemplaire est remis au résident en même temps que le présent règlement de fonctionnement et le [livret d'accueil](#).

Section 5 : Conditions de participation financière et de facturation

Le prix de journée d'hébergement et de la dépendance est fixé annuellement par le Président du Conseil Général sur proposition du conseil d'administration. Ce prix comprend l'hébergement complet du résident (logement, repas, entretien du linge, aide et accompagnement dans les actes de la vie quotidienne). Les prix sont précisés dans le Contrat de séjour et son annexe. Une provision pourra être demandée.

Section 6 : En cas d'interruption de la prise en charge

Les frais d'hébergement sont payables mensuellement à terme échu, par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public.

Les modalités sont prévues par le règlement départemental d'aide sociale et s'imposent à l'établissement comme aux résidents accueillis.

En cas d'absence, quel qu'en soit le motif, le tarif dépendance continue à être facturé en fonction de ce que prévoit le règlement départemental d'aide sociale. L'APA continue à être versée au bénéficiaire pendant 30 jours.

Section 7 : Sécurité des biens et des personnes, responsabilités et assurances

1. Sécurité des personnes

L'établissement met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour le plus haut niveau de sécurité possible aux résidents eux-mêmes dans la limite de l'exercice de leur liberté. Notamment, il assure une permanence 24h/24h : appel malade, veille de nuit.

2. Biens et valeurs personnels

Dans la limite d'éventuelles mesures de protection juridique et de l'intervention de décisions de justice, le résident peut conserver des biens, effets et objets personnels et disposer de son patrimoine et de ses revenus.

En ce qui concerne les objets de valeur tels que : bijoux, valeurs mobilières etc., l'établissement dispose d'un coffre au siège de l'administration et peut en accepter le dépôt. Les dépôts seront adressés au Trésorier Principal d'Evreux.

Pour les biens non déposés, l'établissement ne saurait être tenu responsable en cas de perte, de vol ou de dégradation.

3. Assurances

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlement en vigueur.

Cette assurance n'exonère pas le résident pour les dommages dont il pourrait être la cause. Il est donc demandé de souscrire une assurance responsabilité civile individuelle dont il fournit chaque année une attestation à l'établissement.

Section 8 : Situations exceptionnelles

1. Vague de chaleur

L'établissement dispose de salles climatisées ou rafraîchies.

Des boissons fraîches sont mises à la disposition des résidents.

Il est institué dans chaque département un plan d'alerte et d'urgence qui est mobilisé au profit des personnes âgées en cas de risques climatiques exceptionnels.

L'établissement réactualise également chaque année son plan « canicule ».

2. Incendie

Les locaux sont équipés de dispositifs de sécurité appropriés, et ont reçu la visite de la commission départementale de sécurité.

Des exercices et formations du personnel contre l'incendie sont régulièrement organisés.

3. Vigilances sanitaires

L'établissement met en œuvre des vigilances sanitaires visant notamment à prévenir les infections nosocomiales, les toxi-infections alimentaires et le risque de légionellose.

CHAPITRE III – REGLES DE VIE COLLECTIVES

Section 1 : Règles de conduite

L'harmonie et le bon fonctionnement de la vie collective supposent le respect de règles de vie commune.

1. Respect d'autrui

La vie collective et le respect des droits et des libertés respectif impliquent une attitude qui rend la vie commune agréable : délicatesse, politesse, courtoisie, convivialité, solidarité.

2. Sorties

Chacun peut aller et venir librement. En cas d'absence ou de contretemps, afin d'éviter toute inquiétude et d'organiser le service, l'information sur les absences sera donnée à l'infirmière. A défaut, l'établissement mettra en œuvre une recherche de la personne dès qu'il se sera rendu compte de son absence. Les professionnels de santé sont informés de la procédure à suivre.

3. Visites

Les visiteurs sont les bienvenus. Sauf contre avis médical, ils peuvent être accompagnés d'un animal de compagnie tenu en laisse et éventuellement avec une muselière si nécessaire.

Les visiteurs ne doivent pas troubler la sérénité des lieux ni en gêner le fonctionnement notamment en dehors des repas. Par ailleurs, il leur est demandé de respecter les consignes de sécurité concernant les allées et venues en dehors des heures de visites habituelles.

Les familles accompagnées de jeunes enfants devront veiller à ce qu'ils ne perturbent pas le calme et la sérénité des autres résidents. Les enfants devront rester sous la surveillance permanente de leurs parents.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants ne peuvent rendre visite aux résidents sans l'accord préalable du Directeur ou de son représentant. Il en va de même pour les bénévoles extérieurs, qu'ils appartiennent ou non à une association.

4. Alcool – Tabac

L'abus de boissons alcoolisées est interdit.

Conformément à la loi du 10 janvier 1991 dite « loi Evin » et au décret n°2006.1386 du 15 novembre 2006, il est interdit de fumer dans les espaces publics de l'établissement. En revanche, la personne âgée hébergée est autorisée à consommer du tabac dans sa chambre, celle-ci étant considérée comme un espace privatif. Si le résident partage sa chambre avec un autre résident non-fumeur, il ne sera pas autorisé à consommer du tabac dans sa chambre.

5. Nuisances sonores

L'utilisation d'appareil de radio, de télévision ou de tout autre système phonique se fera avec discrétion. En cas de difficultés auditives, le port d'écouteurs sera demandé.

6. Respect des biens et équipements collectifs

Chaque résident doit, dans la mesure de ses possibilités, veiller à ne pas nuire à la propreté des locaux et respecter le mobilier mis à sa disposition.

Les denrées périssables, susceptibles d'être entreposées dans le logement du résident feront l'objet d'une surveillance par la personne âgée, ses proches.

En cas de constatation de denrée périssable périmée, le personnel de l'Ehpad se réserve le droit de jeter l'aliment concerné.

7. Sécurité

Toute personne qui constate un fait portant atteinte à une personne ou à un bien doit en informer, selon la gravité, le personnel de service ou la direction pour que des mesures adaptées soient prises.

Tout dysfonctionnement matériel doit être signalé sans qu'il soit opéré de manipulation préalable en dehors de celle qui permettrait une sauvegarde des personnes ou des biens.

Section 2 : Organisation des locaux collectifs et privés

1. Les locaux privés

Le logement est meublé par l'établissement. Il est néanmoins possible de le personnaliser dans la mesure où la structure le permet d'une manière compatible avec l'état de santé, la superficie affectée, la sécurité et l'organisation des soins tant pour le résident que le personnel et les visiteurs.

Le passage d'un agent du service de sécurité incendie dans le mois qui suit l'installation permettra de valider l'installation. Dans le cas contraire, une information par courrier sera initiée, et un second passage de l'agent de sécurité sera alors planifié.

Nous vous recommandons de bien vouloir assurer vous-même les biens dont vous êtes propriétaire. Par ailleurs, en cas d'installation de matériels électriques, la structure souhaite en être informée afin de vérifier la compatibilité de l'équipement avec le réseau électrique et de s'assurer qu'aucun risque n'est encouru par le résident lors de l'utilisation de son matériel.

Le ménage du logement est assuré par l'établissement.

Les réparations et travaux sont assurés par le service technique de l'établissement, l'intervention est comprise dans le tarif journalier.

Lorsque l'exécution de travaux nécessite l'évacuation temporaire des lieux, le gestionnaire en informe chaque résident concerné qui ne peut s'y opposer. Le directeur s'engage dans ce cas à reloger la personne âgée pendant la durée des travaux dans les conditions qui répondent à ses besoins.

2. Les locaux collectifs

Toute personne souhaitant pénétrer dans l'établissement doit se faire connaître auprès du personnel.

L'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite.

3. Prise en charge des résidents

Chaque résident a droit au professionnalisme et à une attention constante des membres du personnel, lequel mettra tout en œuvre pour que la personne trouve bien-être et confort.

Le personnel frappe systématiquement à la porte avant de pénétrer dans l'espace privatif de la chambre.

Les toilettes et soins sont effectués avec la porte de la chambre ou de la salle de bain fermée. Selon les lieux, le signalement de présence doit être allumé.

4. Repas

4.1. Organisation

Les repas sont servis en salle de restaurant ou en chambre si l'état de santé de la personne âgée le justifie.

Toute absence à l'un des repas doit être signalée aux personnels soignants de la structure.

Le prix du repas pour les personnes invitées est fixé en conseil d'administration. Le règlement se fait auprès des adjoints administratifs à l'accueil, de préférence par chèque à l'ordre du Trésor Public. L'invitation à déjeuner ou à dîner de parents ou d'amis doit être signalée au minimum 7 jours avant la date prévue (7 jours) auprès des soignants. Toutefois, la demande ne sera effective qu'à partir du moment où le prix de menu est réglé.

4.2. Menus

Les menus sont établis conjointement par la diététicienne de l'établissement et les responsables de l'UCPA. Toutefois, les résidents sont sollicités par les soignants afin de déterminer avec eux les goûts et dégoûts alimentaires. Ce recensement permettra d'apporter aux résidents des repas équilibrés correspondants à leurs souhaits respectifs.

Les menus sont établis de manière à être équilibrés.

Les régimes alimentaires médicalement prescrits sont pris en compte.

5. Activités et loisirs

Chaque résident est libre d'organiser sa journée comme bon lui semble.

Des activités et des animations collectives sont proposées plusieurs fois dans la semaine. Chacun est invité à y participer.

Les prestations ponctuelles d'animation seront signalées au cas par cas (planning mensuel affiché dans les unités + planning hebdomadaire) ainsi que les conditions financières de participation, s'il y a lieu (voyages, sorties...).

6. Prise en charge médicale

Un médecin est présent sur la structure pour les soins médicaux aux résidents. Pour l'ensemble des sites, les médicaments sont à la charge de l'établissement. Dans tous les cas, les soins infirmiers prescrits sont à la charge de l'établissement. Les matériels d'aide au déplacement standards sont à la charge de l'EHPAD. L'établissement a un médecin coordonnateur chargé de la coordination des soins et peut être contacté par tout résident ou famille rencontrant un souci lié à cette coordination.

7. Le linge et son entretien

Le linge de lit et de toilette (draps, serviettes de toilette...) est fourni et entretenu par l'établissement.

Le linge personnel peut être entretenu à la charge de l'établissement. Dans le cas contraire, il est cependant conseillé aux familles de faire marquer systématiquement l'ensemble du trousseau du résident. Enfin, l'entretien collectif du linge ne permet pas la prise en charge des linges délicats.

8. Pratique religieuse ou philosophique

Les conditions de la pratique religieuse ou philosophique, y compris la visite de représentants des différentes confessions, sont facilitées aux résidents qui en font la demande.

Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions.

Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de l'établissement.

Les moments de fin de vie font l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des appartenances confessionnelles et des convictions de la personne et de ses proches.

9. Fin de vie

La présence de la famille est facilitée. Elle peut demander aide et conseils aux équipes.

L'EHPAD de Vernon dispose de quatre places en chambre mortuaire.

L'EHPAD d'Evreux ne dispose pas de place en chambre mortuaire. Le transfert des corps pourra si nécessaire et en accord avec la famille être assuré sur le funérarium le plus proche. Au-delà de 72h, l'établissement pourra facturer des frais de gestion relatifs à la conservation des corps.

10. Courrier

Le courrier est distribué du lundi au vendredi. Une boîte aux lettres est à disposition près de l'accueil pour l'envoi de plis postaux.

11. Transports

11.1. Prise en charge des transports

L'établissement assure les transports dans le cadre de ses activités d'animation.

Les autres déplacements à l'extérieur de l'établissement et notamment les consultations chez les médecins libéraux spécialistes ou dans les établissements de santé sont à la charge du résident, de sa famille ou de la CPAM et la mutuelle sous certaines conditions. La famille sera informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser.

En cas d'impossibilité d'accompagnement des proches, il sera alors proposé le recours à un taxi, un véhicule de soins léger au choix du résident.

12. Animaux

Les animaux peuvent être tolérés dans certains cas lorsqu'ils accompagnent les familles lors de leurs visites. Ils doivent être tenus en laisse et éventuellement avec une muselière si nécessaire. Toute casse ou dégradation (ex déjection) est à la charge du propriétaire de l'animal, qui s'engage à remettre les locaux en état.

13. Prestations extérieures

Le résident peut bénéficier des services extérieurs de son choix : coiffeur..., et en assurera directement le coût à l'exception des prestations proposées par les EHPAD. Les prestations assurées par le personnel de l'établissement sont gratuites.

Annexes

1. Règlement intérieur du Conseil de surveillance

1.1. Composition

Le conseil de surveillance est composé de quinze membres répartis en trois collèges. Le nombre de membres de chacun des collèges est identique.

5 membres au titre des représentants des collectivités territoriales :

- le maire de la commune siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne ;
- un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que celle du siège de l'établissement principal ;
- deux représentants des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre auxquels appartiennent respectivement ces deux communes ;
- le président du conseil général du département siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne.

5 membres au titre des représentants du personnel :

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

5 membres au titre des personnalités qualifiées :

- deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1.

Assistent aux séances avec voix consultative :

- Le Directeur, assisté des collaborateurs de son choix, ou son représentant.
- Le vice-président du directoire, président de la CME.
- Le directeur général de l'agence régionale de santé.
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique.
- Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.
- Un représentant des familles des personnes accueillies dans les EHPAD.

1.2. Nomination des membres

La liste nominative des membres du Conseil de surveillance est arrêtée par le Directeur général de l'ARS.

Les membres désignés par la commission médicale d'établissement ainsi que le membre désigné par la CSIRMT sont élus en leur sein au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés.

Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.

Les organisations syndicales appelées à désigner un membre sont déterminées par le directeur général de l'agence régionale de santé compte tenu du nombre total des voix

qu'elles ont recueillies, au sein de l'établissement, à l'occasion des élections au comité technique d'établissement.

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

1.3. Présidence et Vice-Présidence

Le président du conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées.

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

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

Le Président du conseil de surveillance désigne parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées un Vice-Président qui préside le Conseil de Surveillance en son absence.

1.4. Conditions d'exercice des membres

a) Incompatibilité et incapacités

Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

- à plus d'un titre ;
- s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;
- s'il est membre du directoire ;
- s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ;
- s'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;
- S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;
- S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

Les membres qui tombent sur le coup des incompatibilités et incapacités démissionneront de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le directeur général de l'ARS.

1.5. Attributions

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 mentionné à l'article L. 6143-2 ;
- La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5;
- 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 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'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

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

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

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

Délibérations :

Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 2°, 5° et 7° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires si le directeur général de l'agence régionale de santé ne fait pas opposition dans les mois qui suivent la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas.

Les délibérations mentionnées au 3° du même article sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, mentionné à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles, est compétent en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours formés contre l'opposition du directeur général de l'agence régionale de santé faite à l'approbation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses ou de ses modifications en application de l'alinéa précédent. Il est également compétent pour connaître des décisions du directeur général de l'agence

régionale de santé prises en application des articles L. 6145-1, L. 6145-2, L. 6145-3, L. 6145-4 et L. 6145-5.

Le directeur général de l'agence régionale de santé défère au tribunal administratif les délibérations et les décisions portant sur ces matières, à l'exception de celles relevant du 5° de l'article L. 6143-7, qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les motifs d'illégalité invoqués. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution.

1.6. Fonctionnement

Les fonctions de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit. Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions.

a) Réunions

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

- sur convocation de son président
- ou à la demande du tiers de ses membres.

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil de surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative.

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

En cas d'urgence, le délai de sept jours peut être abrégé par le président.

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

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

b) Quorums et votes

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

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

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

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

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

Autres dispositions :

Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques. Les membres du conseil de surveillance ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification.

Si un membre cesse ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il est pourvu, dans le délai de trois mois, à son remplacement dans les mêmes conditions. Dans ce cas, le mandat du nouveau membre prend fin à la date où aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.

c) Durée du mandat

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

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

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

d) Délibérations et comptes rendus

Les délibérations sont conservées dans un registre, sous la responsabilité du président du directoire. Ce registre est tenu à la disposition des membres du conseil de surveillance et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.

Les délibérations sont transmises sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé. Celui-ci peut se faire représenter au conseil de surveillance.

Les membres du conseil de surveillance reçoivent un compte rendu de séance dans les quinze jours suivant chaque réunion.

Le secrétariat du conseil de surveillance est assuré à la diligence de ce dernier.

Texte(s) de référence
L 6143-1, -5, -6 du CSP
R6143-3 à R 6143-16 du CSP

2. Règlement intérieur du directoire

2.1. Compétences

Le directoire :

- **Prépare le projet d'établissement**, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le conseil de surveillance délibère ensuite sur le projet d'établissement qui lui est soumis par le directeur après concertation avec le directoire.
- **Conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement** ; à cet effet, le directeur consulte le directoire préalablement à l'exercice des compétences suivantes :
 - Conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) ;
 - Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

- Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance
- Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité ;
- propose au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une action de coopération ;
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- Conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location ;
- Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- Conclut les délégations de service public ;
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement ;
- Arrête le plan blanc de l'établissement.

- **Approuve le projet médical** ; ce projet médical définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du CPOM.

Le président de CME, vice-président du directoire, élabore le projet médical, avec le directeur et en conformité avec le CPOM (art. L.6143-7-3 CSP). Puis, le directoire approuve le projet médical.

2.2. Composition

Le directoire comprend sept membres :

- trois membres de droit : le Directeur, le Président de CME, le Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- quatre membres nommés par le directeur, sur proposition du président de la Cme.

Le directoire est une instance à majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Le Directeur est président du directoire. Le Président de la CME est vice-président du directoire.

2.3. Durée du mandat

Les membres du directoire sont nommés pour 4 ans.

Le mandat des membres prend fin :

- lorsque le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il a été nommé,
- Lors de la nomination d'un nouveau Président du directoire.

Le Président du directoire peut mettre fin aux fonctions des membres nommés après information du Conseil de surveillance.

2.4. Invités

En fonction des points traités à l'ordre du jour, le directoire peut ponctuellement faire appel à l'expertise de professionnels internes à l'établissement.

Les experts invités à titre ponctuel assistent à la partie des débats relative au(x) point(s) de l'ordre du jour pour le(s)quel(s) ils ont été invités.

2.5. Périodicité des réunions

Le Directoire se réunit en moyenne une fois par mois. En tout état de cause, le nombre de réunions ne peut être inférieur à huit par an.

Les dates de réunions sont fixées conjointement par le Directeur et le Président de CME.

2.6. Convocations et ordre du jour

La convocation établie par le Président du Directoire, comprend l'ordre du jour de la réunion et les éventuels documents de travail.

Elle est adressée par messagerie électronique aux membres au minimum trois jours avant la réunion.

L'ordre du jour est établi par le Directeur, Président du directoire. L'ensemble des membres peut demander l'inscription de points à l'ordre du jour.

Des documents utiles à l'information du Directoire, autres que ceux se rapportant à l'ordre du jour, peuvent être distribués pendant la réunion.

2.7. Réunions extraordinaires

En fonction de l'actualité et des exigences de calendrier qui pourraient en découler, le Directoire peut être réuni en séance extraordinaire.

L'ordre du jour est alors adressé au moins un jour avant la réunion et ne doit comporter que le(s) point(s) faisant l'objet d'une séance extraordinaire.

2.8. Déroulement des séances

Conformément à la réglementation, le Directeur préside le Directoire.

Le secrétariat de séance et l'établissement des relevés de conclusion est assuré à la diligence du Directeur, Président du directoire.

Le relevé de conclusions est communiqué par messagerie électronique à l'ensemble des membres du directoire, du comité de direction, des chefs de pôles, de l'encadrement supérieur soignant administratif et technique.

2.9. Modalités de concertation du directoire

Le Directeur organise les modalités de concertation du directoire. Cette concertation a pour but d'éclairer sa prise de décision.

Lors des débats, les membres du directoire se prononcent en qualité de représentants de l'établissement, dans l'intérêt général de celui-ci, et non dans celui du secteur dans lequel ils exercent ou dont ils assument la responsabilité.

Aucun vote ou avis n'est émis par le directoire, à l'exception de l'approbation du projet médical.

2.10. Confidentialité et responsabilités des membres du directoire

Les réunions du directoire ne sont pas publiques.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du directoire sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle pour tous les faits et documents dont elles ont connaissance à l'occasion de ces travaux. Les prises de position individuelles et le déroulé des débats sont notamment confidentiels.

2.11. Adoption et révision du présent règlement intérieur du directoire

L'adoption du règlement intérieur du directoire, constituant une partie du règlement intérieur de l'établissement, fait l'objet d'une décision du directeur arrêtée après concertation du directoire.

Le présent règlement intérieur peut faire l'objet de modifications en tant que de besoin. Le cas échéant, ces modifications feront l'objet d'une nouvelle décision du directeur modifiant le règlement intérieur de l'établissement, arrêtée après concertation du directoire.

Texte(s) de référence (1)
L 6143-7-3 et suivants du Code de la santé publique
L6146-1 du Code de la santé publique
D6143-35-1 à D 6143-35-4 du Code de la santé publique
Instruction DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires dans les établissements publics de santé

3. Règlement intérieur de la Commission médicale d'établissement

VISA DES TEXTES

VU le Décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la Commission Médicale d'Etablissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements publics de santé ;

VU le Décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé ;

VU la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

VU le Décret n°2010-1141 du 29 septembre 2010 modifiant le statut de praticien hospitalier ;

VU le Décret n° 2006-717 du 19 juin 2006 art. 4 I Journal Officiel du 21 juin 2006 ;

Il est prévu les modalités suivantes d'organisation de la Commission Médicale d'Etablissement du CH Eure Seine, Hôpital d'Evreux Vernon.

Préambule

Ce travail a été réalisé par un groupe de travail animé sous l'égide du Président et du Vice-Président de la Commission Médicale d'Etablissement, ainsi que de la Direction des Affaires Médicales. Ce groupe de travail est composé de praticiens, représentants la communauté médicale du CH Eure Seine Hôpital d'Evreux Vernon.

Le présent Règlement Intérieur prend en compte le découpage en pôle de l'établissement, validé en Commission Médicale d'Etablissement 23 février 2012 :

- Chirurgie,
- Médecine,
- Femme - Mère - Enfant,

- Médecine d'urgence,
- Gériatrie,
- Médico-Technique.

La Commission Médicale d'Établissement est l'instance de cohésion, de débat et de propositions de la communauté médicale, pharmaceutique, odontologique et maïeutique. Elle participe à la coordination des pratiques et des décisions de l'établissement, en termes de prises en charge, de projets et d'organisations.

La CME coopère à l'élaboration du projet médical et du projet d'établissement qui en découle, dans le respect des orientations du PRS, et permet son appropriation par les praticiens.

Elle valorise la culture de la qualité des soins, et veille au respect permanent des valeurs déontologiques et éthiques.

Vu le Code de la Santé Publique et en particuliers les articles L.6144-1, L.6144-2, R.6144-1 à R.6144-6, il est défini et arrêté le règlement intérieur qui suit :

3.1. Composition de la Commission Médicale d'Établissement

Article 1 : membres de la CME

Aux termes du I de l'article R.6144-3 CSP, la CME est composée de 6 collègues :

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement
- Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles
- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement
- Deux représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie obstétrique
- Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

Article 2 : participants avec voix consultative

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

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

3.2. Modalités d'élection et de désignation des membres

Le nombre de sièges pour chaque catégorie a été défini dans un souci de représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines et sites du CHES.

Modalité de désignation des membres et de détermination du nombre de sièges à pourvoir :

La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, selon une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement de la manière suivante :

- 1er groupe :

Collège A : collège des Chefs de Pôle

Collège de 6 membres (6 pôles) : membres de droit

Collège B : Collège des Responsables de structures internes ou unités fonctionnelles

Leur nombre est égal au nombre total de RSI + responsables d'UF de l'établissement + Médecins référents, répartis à 50% pour les membres titulaires et 50% pour les membres suppléants.

Des élections sont organisées par pôle, le nombre de représentants par pôle est fixé au prorata du nombre de RSI + responsables d'UF + Médecins référents, par pôles, moins les RSI cumulant avec la fonction de Chef de Pôle.

- Sont électeurs : les RSI non chefs de Pôle + responsables d'UF + Médecins référents.
- Sont éligibles : tous les RSI non chefs de Pôle + responsables d'UF + Médecins référents nommés au moins un mois avant la date de démarrage de la procédure électorale.

Collège C : collège des PH titulaires temps plein et temps partiel :

Leur nombre est égal à celui des RSI + responsables d'UF (collège B).

Des élections sont organisées par pôle. Le nombre de représentants PH est fixé au prorata du nombre de PH (par pôles).

- Sont électeurs : les praticiens hospitaliers.
- Ne sont pas éligibles : les praticiens hospitaliers en période probatoire, en congés de longue maladie depuis plus d'un an ou en position de congés parental à la date de clôture des listes.

- 2ème groupe :

Collège D : collège des praticiens contractuels

Leur nombre est égal à 1 représentant titulaire et 1 représentant suppléant.

- Sont électeurs : tous les praticiens contractuels.
- Ne sont pas éligibles les praticiens contractuels en congés de longue maladie depuis plus d'un an ou en position de congés parental à la date de clôture des listes.

Collège E : collège des Assistants

Leur nombre est égal à 1 représentant titulaire et 1 représentant suppléant.

- Sont électeurs : tous les assistants.
- Ne sont pas éligibles les assistants associés, les assistants en congés de longue maladie depuis plus d'un an ou en position de congés parental à la date de clôture des listes.

Collège F : collège des Attachés

Leur nombre est égal à 2 représentants titulaires et 2 représentants suppléants.

- Sont électeurs : tous les praticiens attachés ayant au moins trois vacations hebdomadaires.
- Ne sont pas éligibles les praticiens attachés associés, les praticiens attachés ayant moins de trois vacations hebdomadaires, les praticiens attachés en congés de longue maladie depuis plus d'un an ou en position de congés parental à la date de clôture des listes.

- 3ème groupe des sages-femmes et des internes :

Collèges G : collège des sages-femmes

Leur nombre est égal à 2 représentants titulaires et 2 représentants suppléants.

- Sont électeurs : toutes les sages-femmes.
- Ne sont pas éligibles les sages-femmes en congés de longue maladie depuis plus d'un an ou en position de congés parental à la date de clôture des listes.

Collège H : collège des internes

Leur nombre est égal à :

- 1 représentant des internes de médecine générale
- 1 représentant des internes de pharmacie
- 1 représentant des internes de spécialités
- 1 représentant en odontologie.

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

A défaut, le Président de la CME invite, pour le semestre en cours, 4 représentants des internes (un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant en odontologie).

Procédure électorale

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

a) Affichage des listes :

La liste des électeurs et éligibles est arrêtée un mois avant le démarrage de la procédure électorale, elle est affichée pour permettre aux intéressés d'en vérifier la validité et de la corriger si nécessaire.

Le délai pour cet affichage est de 1 mois et de 8 jours pour les corrections.

Le calendrier sera porté à la connaissance des électeurs.

b) Présentation des listes par collège

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

c) Déclaration des candidatures

Elles doivent être signées et comporter nom, prénom, qualité et collège au titre desquels elles se présentent. Les candidatures sont adressées ou remises au Directeur Général au moins 15 jours avant la date fixée pour le scrutin, cachet de la poste ou récépissé de dépôt faisant foi.

Après vérification de leur recevabilité, la liste des candidats est arrêtée et portée à la connaissance des électeurs.

d) Scrutin

En dehors des membres de droit, les représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.

Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué.

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

e) Conditions de vote

L'organisation des votes pourra avoir lieu par voie électronique mais ne pourra être réalisée par correspondance.

f) Dépouillement

Le dépouillement s'opère sous la responsabilité du directeur général. Un procès-verbal des opérations est établi pour chaque tour de scrutin et affiché dans l'établissement.

g) Exercice du mandat

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

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

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

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans des conditions prévues par le règlement intérieur de l'établissement.

h) Présidence et vice-présidence de la CME

Modalités d'élections du Président et du Vice-Président

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires. Afin de garantir une représentation équilibrée d'Evreux et de Vernon, le Président et le Vice-Président ne pourront être du même site.

Le président est élu par l'ensemble des membres de la commission médicale.

Les fonctions de Président et Vice-Président font l'objet de candidatures séparées.

L'élection a lieu au scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Nul ne peut être élu au premier tour s'il n'a obtenu la majorité absolue des membres présents. Au deuxième tour, la majorité relative suffit. En cas d'égalité des suffrages, le plus âgé des candidats est élu.

La durée du mandat est de quatre ans.

Le mandat est renouvelable une seule fois de manière consécutive.

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

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement prennent fin au terme du mandat de la Commission Médicale d'Etablissement qui l'a élu ou sur présentation de sa démission au Président du Directoire. Une élection d'un nouveau Président est organisée dans un délai de deux mois.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la CME, ses fonctions sont assumées par le Vice-Président de cette Commission jusqu'à désignation d'un nouveau président.

Le temps consacré aux fonctions de président de la CME est comptabilisé dans les obligations de service.

L'arrêté du 30 avril 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité forfaitaire de fonction au président de la CME prévoit à ce titre un montant forfaitaire de 300 euros bruts mensuels.

Le Président de la CME, peut s'il le souhaite bénéficier d'une formation à l'occasion de sa prise de fonction.

Les attributions du Président de la CME

Le Président de la CME :

- préside les réunions de la CME, dont il fixe, sauf exceptions réglementaire, l'ordre du jour, et dont il organise et anime les débats. Il veille au bon fonctionnement de la commission.
- assiste de droit aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative comme vice-président du directoire,
- Emet les avis en matière de questions individuelles (nomination des chefs de pôles, ...)
- participe à l'élaboration du projet médical du futur GHT
- coordonne la politique médicale de l'établissement et veille au bon fonctionnement de la Commission ;
- décide, conjointement avec le Directeur de l'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la Commission Médicale d'Etablissement. Il est chargé du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification. Il présente au Directoire le programme d'actions proposé au directeur par la commission médicale d'établissement.
- élabore avec le Directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.
- coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

- Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
- Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;
- Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
- Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;
- Il présente au Directoire ainsi qu'au Conseil de Surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

i) Attributions de la CME

Attributions générales

Attributions consultatives (1)

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

- 1) Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1. Il s'agit :
 - du projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2;
 - de la convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5;
 - du compte financier et de l'affectation des résultats;
 - de 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;
 - du rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur;
 - de toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance;
 - des statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.
- 2) Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel;
- 3) Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3;
- 4) L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7o de l'article L. 6143-7;
- 5) Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants;
- 6) La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

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

- 1) Le projet médical de l'établissement;
- 2) La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement;
- 3) La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement;
- 4) La politique de formation des étudiants et internes;
- 5) La politique de recrutement des emplois médicaux;
- 6) Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens;
- 7) Les modifications des missions de service public attribuées à 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;
- 10) Le règlement intérieur de l'établissement;
- 11) Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

Attributions informatives (2) :

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

- 1) Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement;
- 2) Les contrats de pôles;
- 3) Le bilan annuel des tableaux de service;
- 4) Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques;
- 5) La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

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 (3) :

- 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

Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (4); elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Elle est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment (5) :

- 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 (6):

- 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) Élabore 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.

Texte(s) de référence
(1) Art R 6144-1 ((Décr. no 2013-841 du 20 sept. 2013, art. 1er-I)
(2) Art. R. 6144-1-1 (Décr. no 2010-439 du 30 avr. 2010)
(3) Art. R. 6144-2, (Décr. no 2010-439 du 30 avr. 2010)
(4) Art. L. 6144-1 (L. no 2009-879 du 21 juill. 2009, art. 5-I)
(5) Art. R. 6144-2-1 (Décr. no 2010-439 du 30 avr. 2010)
(6) Art. R. 6144-2-2 (Décr. no 2010-439 du 30 avr. 2010)

j) Modalités de fonctionnement

Réunions de la CME

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

La Commission Médicale d'Établissement se réunit au moins quatre fois par an.

La Commission Médicale d'Établissement se réunit sur convocation de son Président qui en fixe l'ordre du jour. Elle peut également se réunir à la demande d'un tiers de ses membres, du président du directoire, ou du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

L'ordre du jour est fixé, après consultation du directeur, par le président (ou, en cas d'empêchement, par le vice-président).

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.

La convocation, l'ordre du jour et les documents de travail sont adressés aux membres de la commission qui y siègent avec voix délibérative ou consultative.

Les membres suppléants sont invités à toutes les CME sans droit de vote.

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 invitation du président de la CME.

En dehors des informations contenues dans le relevé des avis et dans le procès-verbal, les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux de la commission sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces 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. Le directeur d'établissement met à disposition un secrétariat à la commission

médicale. Le secrétariat effectue l'envoi des convocations. Il fait remplir en début de séance la feuille d'émargement aux membres présents.

Il rédige après la séance, sous l'autorité du président, le relevé des avis, des décisions et éventuellement des vœux émis par la commission, ainsi que le procès-verbal des débats qui est adressé aux membres de la commission avant la séance suivante en vue de son adoption. Le relevé des avis est également mis en ligne sur le site intranet.

Les séances extraordinaires sont convoquées soit à l'initiative du Président de la commission médicale, soit à la demande du tiers au moins de ses membres ou du directeur.

Quorum et votes

Les débats de la commission se rapportent, soit à des informations non suivies de vote, soit à des avis suivis de vote ; il appartient au président d'en décider à l'exception des cas où les dispositions législatives ou réglementaires imposent un vote. En outre, la commission peut émettre des vœux relatifs aux conditions de fonctionnement de l'établissement.

Le Quorum n'est plus obligatoire, toutefois la CME peut considérer qu'elle ne peut délibérer valablement si le nombre de présents à la séance est inférieur à 1/3 de ses membres. Dans ce cas, une nouvelle réunion sera proposée avec convocation régulière. La délibération prise lors de cette seconde réunion sera réputée valable quel que soit le nombre de participants.

La commission médicale vote à main levée sur les questions qui lui sont soumises par le président. Dans ce cas, la voix du président est prépondérante s'il y a partage égal des voix.

Le vote à scrutin secret est toutefois de droit lorsqu'il est demandé par un des membres. L'organisation du vote est confiée au secrétariat de la commission médicale.

En cas de vote à scrutin secret, les bulletins sont distribués au moment du vote.

Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires particulières, les avis sont adoptés à la majorité simple.

Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.

Les représentantes des sages-femmes ne prennent part au vote que lorsque les questions traitées sont relatives à la prise en charge et/ou à l'activité de Gynécologie Obstétrique.

Pour chaque vote, les scrutateurs établissent le nombre des membres de la commission médicale ayant voix délibérative présents au moment du vote ; le nombre d'entre eux qui ne prennent pas part au vote (abstentions), le nombre de ceux qui votent blanc (membres prenant part au vote mais refusant de manifester leur choix), le nombre de ceux qui votent nul (membres prenant part à un scrutin secret mais dont le bulletin est entaché d'une irrégularité), le nombre de suffrages exprimés.

Bureau de CME et sous commissions de la CME

- Bureau de la CME :

Il a pour mission de préparer les réunions de la CME et de coordonner l'action des différentes sous-commissions. Le président de la CME est libre d'organiser son fonctionnement afin de faciliter au mieux la réalisation de sa mission.

Le bureau de la CME est composé du président, du vice-président des membres médecins élus pour siéger au Conseil de Surveillance et des membres désignés pour siéger au Directoire.

- Sous commissions :

Même si elles ne sont plus statutairement obligatoires, la CME du CH Eure-seine, décide de maintenir l'existence de sous-commissions. Elles ont pour objectif de faciliter la discussion et l'élaboration des projets et de l'organisation des fonctionnements médicaux. Leur mandat expire en même temps que celui de la CME.

Chaque responsable de commission désigné par la CME arrête son règlement intérieur avec les membres de sa commission.

Peuvent faire acte de candidature l'ensemble des médecins permanent temps plein. Ils ne siègent pas nécessairement à la Commission Médicale.

Il gère les travaux de sa commission en collaboration avec le Président de la CME et en concertation avec le Directoire.

Il fixe les dates de réunions ainsi que l'ordre du jour de chaque séance. Il dresse annuellement un rapport écrit de l'activité de la commission qu'il anime et le porte à la connaissance de la CME siégeant en formation plénière.

Chaque réunion de commission donne lieu à un relevé de conclusions écrit adressé aux membres de la commission, au président de la CME et au directeur.

La liste non limitative des commissions en place par la CME est la suivante :

- Commission de L'Organisation de la Permanence des Soins (COPS),
- Comité de Pilotage (Copil) Qualité et Gestion des Risques,
- Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)
- Commission des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) et de la Formation Médicale Continue (FMC)

La CME s'adjoit également l'assistance et l'expertise de groupes de travail permanents en fonction des besoins.

k) Modification du règlement intérieur

Le présent règlement est obligatoirement révisé lorsque l'intervention d'un texte législatif ou réglementaire le nécessite. Le président de la commission médicale prend toute disposition utile pour mettre en œuvre la procédure de révision.

4. Le Comité technique d'établissement

Le comité technique d'établissement est défini par les articles L. 6144-3 à L. 6144-7 et R. 6144-40 à R. 6144-84 du code de santé publique.

4.1. Composition du comité

Le comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Eure Seine est présidé par le directeur de l'établissement. Il peut être suppléé par un membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

Il comprend, en outre, des représentants du personnel de l'établissement :

- quinze membres titulaires et quinze membres suppléants.

Ces membres sont élus selon les modalités fixées par les articles R. 6144-42 et suivants du Code de la santé publique.

Un représentant du comité technique d'établissement et un représentant de la commission médicale d'établissement assistant, avec voix consultative, à chacune des réunions respectives de ces deux instances.

La désignation de ces représentants procède d'un vote à bulletin secret de chacune des instances concernées.

4.2. Mandat des membres – Remplacement définitif d'un membre en cours de mandat

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

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

Lorsqu'un représentant du personnel cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions en raison de son décès, ou à la suite d'une démission de ses fonctions dans l'établissement ou de son mandat, d'un changement d'établissement, ou parce qu'il est frappé de l'une des causes d'inéligibilité prévues à l'article R 6144-53 du Code de la Santé Publique, alors le représentant titulaire est remplacé par un suppléant de la liste au titre de laquelle il a été élu.

Le suppléant est lui-même remplacé par le premier candidat restant non élu de la même liste.

Lorsque, faute d'un nombre suffisant de candidats, l'organisation syndicale se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à ce remplacement, elle désigne le représentant parmi les agents éligibles en application des dispositions de l'article R 6144-53.

Le mandat des représentants titulaires ou suppléants désignés dans les conditions prévues par l'article R6144-46 (Remplacement définitif d'un membre en cours de mandat) prend fin à la date à laquelle aurait normalement pris fin le mandat des titulaires ou des suppléants qu'ils remplacent.

4.3. Remplacement temporaire d'un membre titulaire

Lorsqu'un représentant titulaire se trouve dans l'impossibilité d'assister à une réunion du comité technique d'établissement, il peut être remplacé par l'un quelconque des suppléants de l'organisation syndicale pour laquelle il a été élu.

4.4. Attributions (2)

Le comité technique d'établissement est consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

- Les projets de délibération mentionnés au L6143-1 (1) ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Le comité technique d'établissement est également consulté sur les matières suivantes :

- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Enfin, le comité technique d'établissement est régulièrement informé :

- de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement ;
- du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ainsi que du budget prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143.7.

4.5. Fonctionnement

a. Secrétariat du comité

Le comité technique d'établissement élit parmi les membres titulaires un secrétaire et un secrétaire suppléant.

En cas d'absence du secrétaire, le secrétaire suppléant le remplace.

Le secrétariat de séance est assuré à la diligence du Directeur d'établissement.

b. Réunions du comité

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

Un calendrier prévisionnel des réunions est établi annuellement, dans la mesure du possible.

c. Convocation des réunions – ordre du jour

Les réunions du comité technique d'établissement 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 est réuni dans un délai de quinze jours.

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. Ils sont transmis par messagerie.

Les organisations syndicales sont invitées à transmettre à la Direction, au plus tard trois semaines avant la réunion, les questions relevant de la compétence du comité qu'elles souhaitent aborder en séance.

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

Seules les questions présentant un caractère d'urgence ou d'actualité et ne figurant pas à l'ordre du jour peuvent être posées en plus en séance.

Toutes les facilités doivent être données aux membres du comité technique d'établissement pour exercer leurs fonctions. Les pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions doivent leur être communiqués au plus tard quinze jours avant la date de la séance.

d. Personnes autorisées à assister aux débats

Lorsqu'ils ne siègent pas avec voix délibératives en application de l'article R. 6144-48, les membres suppléants peuvent assister aux séances du comité technique d'établissement dans la limite d'un représentant par organisation syndicale ou par liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6144.4, sans pouvoir prendre part aux débats ni aux votes.

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

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

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

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

Un représentant de la commission médicale d'établissement assiste aux réunions avec voix consultative.

Une suspension de séance peut être demandée par les représentants du personnel lorsque les documents sont remis sur table.

e. Délibérations – vœux et avis

Le comité technique d'établissement ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion.

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit 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 de dispositions prévues à l'article R. 6144-74.

Le comité technique d'établissement 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 qu'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 technique d'établissement, 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 technique d'établissement. Le comité siège alors valablement quelque soit le nombre de membres présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure.

Les avis ou vœux émis par le comité technique d'établissement sont portés par le président à la connaissance du Conseil de Surveillance de l'établissement. Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

Le comité technique d'établissement doit, dans un délai de deux mois, être informé par une communication écrite du président à chacun des membres, des suites données à ses avis ou vœux.

f. Procès-verbal de séance

Un procès-verbal de chaque séance est établi ; la rédaction en est confiée à la Direction des Ressources Humaines. Il est signé par le président et le secrétaire ou son suppléant et transmis dans un délai de trente jour aux membres du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante.

g. Obligation de discrétion professionnelle – publicité

Les séances du comité technique d'établissement ne sont pas publiques. Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité technique d'établissement 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.

4.6. Formation

Dans le cadre de l'article D. 6144-81, un congé de formation avec traitement est attribué aux représentants titulaires du personnel du comité technique d'établissement. La durée maximale de ce congé est de cinq jours. Tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de ce congé.

4.7. Dispositions communes à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement

Conformément à l'article R 6144-82 du Code de la Santé Publique, la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. A l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.

En application de l'article R. 6144-83, lorsque la commission médicale ou le comité technique ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement, ils peuvent à la majorité des deux tiers des membres de chacune des instances, demander au directeur de leur fournir des explications. La question est alors inscrite de droit à l'ordre du jour de la prochaine séance de la commission et du comité.

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

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

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

Texte(s) de référence
Art. L. 6144-3 à -6 du CSP
Art. R. 6144-40 à -85 du CSP

5. La Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (Csirmt)

5.1. Composition

Membres disposant d'une voix délibérative :

- Le Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de droit, Président
- 5 membres élus représentant le collège Cadres de Santé
- 10 membres élus représentant le groupe des infirmiers et personnels de rééducation et médico techniques dont :
 - 5 au titre du collège des personnels infirmiers
 - 2 au titre du collège des personnels de rééducation
 - 3 au titre du collège des personnels médico- techniques
- 5 membres élus représentant les aides- soignants, auxiliaires puéricultrices et aide médicopsychologiques.

La durée du mandat des membres élus est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable. Les modalités de suppléance des membres titulaires sont fixées par le règlement intérieur de la commission.

Lorsqu'un siège de titulaire devient vacant en cours de mandat, il est pourvu, pour la durée du mandat en cours, par le suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein du même collège pour les groupes des cadres de santé et des infirmiers et personnels de rééducation et médicotéchniques, ou au sein du groupe des aides-soignants.

Lorsque le dernier suppléant d'un collège a ainsi été désigné comme membre titulaire, il est immédiatement pourvu au remplacement de l'ensemble des suppléants de ce collège par voix d'élections partielles dont les modalités d'organisation ne se différencient de celles d'une élection générale que dans la mesure où leur champ peut être limité à un seul collège et où les sièges à pourvoir sont exclusivement des sièges de suppléants. Toutefois, il n'est pas procédé à des élections partielles lorsque la dernière vacance de siège de suppléant intervient moins de sept mois avant le renouvellement de la commission. Dans ce cas, et jusqu'à la fin du mandat de la commission, les nouvelles vacances de sièges de titulaires ne sont plus remplacées. Le quorum de la commission s'apprécie alors par rapport au nombre de membres titulaires en fonction.

Membres disposant d'une voix consultative :

- Un représentant de la commission médicale d'établissement, désigné par et parmi ses membres
- Le Directeur de soins, Directeur de l'IFSIE
- Un représentant des étudiants infirmiers de 3ème année
- Un représentant des élèves aide-soignant ou auxiliaire puériculture

Association d'autres personnels

Des personnes qualifiées et des personnels appartenant à d'autres filières professionnelles, médicaux et non médicaux, peuvent être associés aux travaux de la Commission, à l'initiative du Président.

5.2. Attributions

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

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- La politique de 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 (recrutement par contrat de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux) ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

5.3. Fonctionnement

La commission est présidée par le directeur des soins. En cas d'empêchement de celui-ci, la présidence est assurée par un cadre supérieur de santé, désigné à cet effet par le directeur des soins.

La commission se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président.

La commission est également convoquée par son président chaque fois que le directeur lui en fait la demande, ou à la demande de la moitié au moins de ses membres.

Les membres de la commission peuvent solliciter l'inscription d'une question à l'ordre du jour, par lettre adressée au président de la commission au plus tard 20 jours avant la date de réunion.

A défaut, ces questions seront inscrites à l'ordre du jour de la séance suivante, sauf si elles revêtent un caractère d'urgence. Le caractère d'urgence est apprécié par le président de la commission.

L'ordre du jour est fixé par le président.

Les convocations sont adressées au plus tard huit jours avant la date de réunion de la commission :

L'avis de la commission est valablement émis lorsque la moitié au moins des membres désignés sont présents.

Lorsque ce quorum n'est pas atteint après une convocation régulière, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. L'avis est alors émis valablement, quel que soit le nombre de membres présents

En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Le procès-verbal de chaque séance de la commission est adressé au directeur et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Au-delà de trois absences consécutives aux séances de la commission et non justifiées auprès du président, celui-ci prononce l'exclusion.

La commission est dotée d'un bureau dont les règles d'organisation et de fonctionnement sont définies par son règlement intérieur.

La commission élit un de ses membres pour siéger au Conseil de Surveillance, avec voix délibérative.

Il est élu, par et parmi les membres de la commission, au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le plus âgé est élu.

Les modalités de désignation de représentants de la commission dans d'autres instances sont fixées par le règlement intérieur de la commission.

Le président rend compte chaque année de l'activité de la commission dans un rapport adressé au directeur de l'établissement

Le règlement intérieur de la commission précise ses modalités de fonctionnement.

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

Texte(s) de référence
Art L6146-9 du Code de la santé publique
Art R6146 -10 à R6146-16 du Code de la santé publique

6. Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (Chsct)

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est défini par les articles L 4611-1 à L 4614-16 et R 4615-1 à R 4615-21 du Code du travail.

Après avis du comité technique d'établissement en sa séance du 17 avril 2012 et en l'accord du directeur de l'établissement, le Centre Hospitalier Eure-Seine comprend deux Chsct, l'un pour le site de Vernon, l'autre pour le site d'Evreux.

6.1. Composition : le président, les membres délibérants, les membres consultatifs

Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de l'établissement comprennent le directeur de l'établissement et une délégation du personnel.

La délégation du personnel au Chsct de Vernon comprend 7 membres délibérants titulaires :

- 6 représentants des personnels non médicaux
- 1 représentant des personnels médicaux.

La délégation du personnel au Chsct d'Evreux comprend 10 membres délibérants titulaires :

- 9 représentants des personnels non médicaux
- 1 représentant des personnels médicaux.

La délégation du personnel de chaque Chsct comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants.

Les représentants des personnels non médicaux sont désignés par les organisations syndicales existant dans l'établissement, en fonction des sièges attribués à l'occasion du renouvellement du comité technique d'établissement.

Le renouvellement des représentants intervient dans un délai de trois mois à compter du renouvellement du comité technique d'établissement. Le mandat est renouvelable.

Les représentants des personnels non médicaux cessent de faire partie du chsct lorsque l'organisation qui les a désignés en fait la demande par écrit au chef d'établissement. Ils sont remplacés dans le délai d'un mois.

Lorsqu'au cours de son mandat, un représentant cesse ses fonctions dans l'établissement, il est remplacé dans le délai d'un mois. Il en est de même des représentants frappés d'incapacité selon le code électoral.

Les représentants des personnels médicaux sont désignés par la commission médicale d'établissement en son sein.

Le directeur arrête la liste nominative des membres des Chsct.

Tout représentant suppléant désigné, selon le cas par une organisation syndicale ou la commission médicale d'établissement, peut siéger en remplacement de tout représentant titulaire désigné dans les mêmes conditions.

En outre, assistent aux deux Chsct, de membres consultatifs communs :

- le médecin ou les infirmières du service de santé au travail
- l'équipe de direction dont le Directeur des Ressources Matérielles et le Coordonnateur Général des Soins
- l'ingénieur des services techniques
- le responsable sécurité
- le médecin ou l'infirmière hygiéniste
- les psychologues du travail
- l'inspecteur du travail.

Les Chsct peuvent faire appel, à titre consultatif et occasionnel, à toute personne de l'établissement qui leur paraîtrait qualifiée. Les personnes ainsi invitées ne disposent d'aucun droit que celui d'intervenir sur un domaine entrant dans leur champ de compétence.

6.2. Attributions : les missions, les consultations obligatoires, rapport et programme annuels

Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ont pour missions de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des personnels de l'établissement, ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail.

Ils procèdent à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les personnels de l'établissement, à l'analyse des conditions de travail et à l'analyse de l'exposition des personnels à des facteurs de pénibilité.

Ils contribuent à la promotion de la prévention des risques professionnels et propose des actions en ce sens.

Ils procèdent à des inspections à intervalles réguliers. Leur fréquence est au moins égale à celle des réunions ordinaires des Chsct.

Ils réalisent des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Les Chsct sont obligatoirement consultés avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, avant toute transformation importante des postes de travail ou de l'organisation du travail.

Ils sont consultés sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des personnels, sur les aménagements des postes de travail.

Les Chsct émettent un avis sur le bilan annuel de la santé, de la sécurité et des conditions de travail ainsi que des actions menées au cours de l'année, et sur le programme de prévention pour l'année à venir, présentés par le chef d'établissement. Ils peuvent proposer un ordre de priorité et adopter des mesures supplémentaires.

6.3. Fonctionnement

a. Secrétariat de séance

Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail désignent leur secrétaire et leur secrétaire suppléant, parmi les représentants du personnel au sein de ces comités, lors de leur première séance, par vote à bulletin secret.

b. Réunions ces comités

Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de l'établissement sont présidés par le Directeur ou son représentant.

Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail se réunissent concomitamment au moins tous les trimestres, à l'initiative du directeur.

Un calendrier prévisionnel des réunions est établi annuellement, dans la mesure du possible.

Les Chsct peuvent se réunir en séance extraordinaire, soit à la demande motivée de deux de leurs représentants du personnel, soit en raison de tout incident ayant entraîné ou pu entraîner des conséquences graves.

Les Chsct sont aussi réunis d'urgence dans un délai n'excédant pas 24 heures en cas de danger grave et imminent.

Les membres des Chsct reçoivent les informations qui leur sont nécessaires pour l'exercice de leurs missions, ainsi que les moyens nécessaires à la préparation et à l'organisation des réunions et aux déplacements imposés par les enquêtes ou inspections.

c. Ordre du jour et questions diverses

L'ordre du jour de chaque réunion est établi conjointement par le président et le secrétaire.

Les consultations obligatoires sont inscrites de plein droit à l'ordre du jour par le président ou le secrétaire.

Les questions diverses sont transmises à la Direction des ressources humaines de l'établissement au moins 3 semaines avant la réunion. Seules les questions présentant un caractère d'urgence ou d'actualité et ne figurant pas à l'ordre du jour peuvent être posées en plus en séance.

L'ordre du jour est transmis aux membres des Chsct et à l'inspecteur du travail. Il est communiqué au moins quinze jours avant la réunion, par messagerie.

d. Délibérations et avis

Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail émettent des avis à la majorité de membres présents. 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 participe pas au vote.

e. Procès-verbal de séance

Un procès-verbal de chaque séance est établi ; la rédaction en est confiée à la Direction des Ressources Humaines. Il est signé par le président et le secrétaire ou son suppléant. Il est transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité qui se prononcent sur son approbation lors la séance suivante.

Les procès-verbaux des réunions sont conservés dans l'établissement et tenus à disposition de l'inspecteur du travail.

f. Heures de délégation

Le chef d'établissement laisse à chacun des représentants du personnel le temps nécessaire à l'exercice de leurs fonctions :

- 15h par mois pour Vernon
- 20h par mois pour Evreux

Les représentants du personnel peuvent répartir entre eux les heures de délégation dont ils disposent. Ils doivent en informer la DRH.

Ces heures mensuelles ne sont pas cumulables mais peuvent être transférables

A ces heures, s'ajoute le temps passé en réunion de Chsct.

g. Obligation de discrétion professionnelle

Les personnes participant à quelque titre que ce soit aux travaux des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail sont tenues à l'obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par l'employeur.

h. Recours à un expert

Les Chsct peuvent faire appel à un expert agréé, lorsqu'un risque grave est constaté dans l'établissement, ou en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail.

i. Formation

En application des articles R. 4615-14 à R. 4615-21, un congé de formation est attribué aux représentants titulaires du personnel aux Chsct. La durée maximale de ce congé est de cinq jours. Tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de ce congé.

Cette formation a notamment pour objet, de développer leur l'aptitude à déceler et à mesurer les risques professionnels et leur capacité d'analyser les conditions de travail, de

les initier aux méthodes et procédés à mettre en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail.

7. Règlement intérieur des pôles

PREAMBULE

Ce règlement intérieur a été arrêté par le Directeur général, après concertation avec le Directoire, avis de la Commission Médicale d'Établissement (CME) lors de sa séance du 27 mai 2013, avis du Comité Technique d'Établissement (CTE) en date du 28 mai 2013, et avis du Conseil de Surveillance lors de sa réunion du 31 mai 2013.

- Le Code de la Santé Publique (article L. 6146-1) indique :

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre.

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires.

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. A l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 et aux 1o, 2o et 3o de l'article L. 6152-1.

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

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

- Le Centre Hospitalier Eure-Seine est ainsi organisé en 6 pôles :
 - le pôle Médecine
 - le pôle Femme - Mère - Enfant
 - le pôle Chirurgie
 - le pôle Médecine d'Urgence
 - le pôle Médico-Technique
 - le pôle Gériatrie

Chaque pôle comprend plusieurs structures internes.

Et, conformément à son projet médical et stratégique 2013-2017, les structures internes tendent progressivement à être organisées de façon intersites (Evreux - Vernon).

- Chaque pôle comprend un chef de pôle, un cadre de pôle, un directeur référent et un contrôleur de gestion.

Le présent règlement intérieur comprend les fiches de mission de chaque membre du quatuor de pôle, afin de préciser les conditions de nomination, le positionnement et les missions.

Compte tenu de son positionnement au sein du pôle, il est apparu nécessaire de définir également la fiche de mission du responsable de structure interne.

Si les fiches reprennent les dispositions législatives et réglementaires existantes, elles intègrent, lorsque cela est nécessaire, voire indispensable, les spécificités du contexte du Centre Hospitalier Eure-Seine.

A ce titre, le projet médical et stratégique, d'une part, et le plan de retour à l'équilibre financier, d'autre part, qui couvrent la période 2013-2017, doivent être pris en compte s'agissant du mode de management des pôles.

Il faut rappeler que la formation des trios de pôle (chef de pôle, cadre de pôle et directeur référent), organisée début 2012, prenait déjà en compte la situation financière particulièrement difficile du Centre Hospitalier Eure-Seine.

- L'objectif des fiches de mission est de permettre un mode de management harmonisé des pôles.

Participe également à cet objectif la définition de la composition, des contributions et du fonctionnement des instances internes au pôle.

En effet, le décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé précise seulement que "le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories de personnel".

SECTION 1 - LES INSTANCES INTERNES AU POLE

1. Le quatuor de pôle

a) Composition

- le chef de pôle
- le cadre de pôle
- le contrôleur de gestion
- le directeur référent

b) Contributions

- élaboration du projet de pôle et du contrat de pôle en cohérence avec le projet médical et stratégique 2013-2017, d'une part, et du plan de retour à l'équilibre financier 2013-2017, d'autre part.
- suivi de l'exécution du projet de pôle et du contrat de pôle à partir de tableaux de bord et définition des actions correctives à mettre en œuvre.
- préparation du bureau de pôle et de la contribution du pôle aux conférences mensuelles des pôles;
- organisation des interfaces inter-pôles

c) Fonctionnement

- fréquence des réunions : mensuelle
- un calendrier annuel est fixé en début d'année
- animation des réunions par le chef de pôle
- relevé de conclusions diffusé au Bureau de pôle, au Comité de direction et au Directoire

2. Le Bureau de pôle

a) Composition

- le quatuor de pôle
- les responsables de structure interne
- les cadres du pôle
- En fonction des points inscrits à l'ordre du jour, le chef de pôle peut faire appel à la participation d'autres intervenants
- Le chef de pôle veille à l'équilibre de la représentation médicale / non médicale

b) Contributions

- informations sur l'élaboration du projet de pôle
- suivi et actualisation du projet de pôle (au moins 1 fois par an)
- informations sur le suivi de l'exécution du contrat de pôle et discussion relative aux actions correctives à mettre en œuvre
- traitement des interfaces intra-pôles
- expression des problématiques liées aux parcours des patients

c) Fonctionnement

- fréquence des réunions : 4 par an minimum
- un calendrier annuel est fixé en début d'année
- ordre du jour fixé par le quatuor de pôle diffusé au minimum 8 jours avant la réunion
- compte-rendu rédigé par un secrétaire de séance diffusé aux membres du Bureau, au Comité de direction et au Directoire

3. Les réunions de service

a) Composition

- tous les professionnels médicaux et non médicaux du service (dont ceux de nuit)

b) Contributions

- informations sur le projet de pôle et son suivi
- informations sur le projet de service et son suivi
- informations sur le contrat de pôle et son suivi
- expression des professionnels

c) Fonctionnement

- fréquence des réunions : 2 par an minimum
- un calendrier annuel est fixé en début d'année
- ordre du jour fixé par le responsable de structure interne et le cadre de santé
- animation des réunions par le responsable de structure interne et le cadre de santé
- compte-rendu avec affichage au sein du service et diffusé au Bureau de pôle, au Comité de direction et au Directoire

SECTION 2 – LES FICHES DE MISSION

FICHE DE MISSION CHEF DE PÔLE

Références :

- *Décret 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les EPS*
- *2 arrêtés du 11 juin 2010 : l'un sur les modalités de formation du chef de pôle et l'autre fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction aux chefs de pôle*

1. NOMINATION

- Le chef de pôle est nommé pour une période de 4 ans renouvelable par le Directeur, sur présentation par le Président de la CME d'une liste de propositions. Le Directeur peut mettre fin à ses fonctions dans l'intérêt du service après avis du PCME.
- Pour permettre au chef de pôle de construire et mettre en œuvre le management interne du pôle (gouvernance), une formation aux fonctions de chef de pôle lui est proposée par le Directeur, prenant notamment en compte le contexte de l'établissement (plan de retour à l'équilibre financier, mise en œuvre du projet médical stratégique).
- Un accompagnement de type coaching est proposé pour l'aider à mettre en œuvre la gouvernance du pôle.
- Une indemnité de fonction lui est versée selon la réglementation (part fixe mensuelle et part variable annuelle) déterminée par le Directeur en fonction de la réalisation des objectifs du contrat de pôle).

2. POSITIONNEMENT

- Le chef de pôle est membre de droit de la CME (il ne peut être PCME).
- Il assure la concertation interne au sein du pôle.
- Il assure les liens fonctionnels avec les autres chefs de pôle.
- Il est assisté par 1 cadre de pôle, 1 contrôleur de gestion de pôle et un directeur référent.
- Il a autorité fonctionnelle sur les personnels soignants, administratifs et médicaux du pôle et il intervient directement dans la gestion des personnels médicaux :
 - ✓ Proposition au directeur de nominations des personnels médicaux (avis PCME) et des admissions sur contrats de praticiens ou sages-femmes exerçant à titre libéral (avis PCME)
 - ✓ Evaluation du responsable de service à partir des objectifs du pôle déclinés au niveau des services. Le chef de pôle peut contractualiser avec les responsables de service des objectifs et des engagements en termes d'activité, de qualité et de continuité de la prise en charge des patients
- En cas d'absence prolongée ou d'indisponibilité du responsable de structure, l'intérim est assuré par un membre de l'équipe médicale de la structure désigné par le Directeur, sur proposition du chef de pôle et après avis du Président de la C.M.E.

3. MISSIONS

En concertation avec le cadre de pôle, le contrôleur de gestion et le directeur référent,

Mission générale :

- Le chef de pôle élabore et met en œuvre le projet de pôle en cohérence avec la politique de l'établissement. Il s'y engage en signant le contrat de pôle.
- Il assure le management d'ensemble du pôle en termes d'activités, d'organisation et d'animation des équipes. Il valide les plans de formation des personnels du pôle.
- Il évalue en continu l'exécution du contrat.

Missions détaillées :

- Le chef de pôle organise avec les équipes soignantes, médicales et administratives du pôle le bon fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et des objectifs prévisionnels du pôle, afin de mener à bien sa politique de gestion.
- Il est responsable de la mise en œuvre de la politique Qualité et Gestion des Risques au sein du pôle.
- Le chef de pôle exerce un rôle (*précisé dans le contrat de pôle*) dans les domaines suivants :
 - ✓ Validation du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle.
 - ✓ Organisation, après consultation des praticiens et sur la base de l'organisation du temps de travail, de la prise des jours de congé sur certaines périodes de l'année en fonction de l'activité.
 - ✓ Validation des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux, assurés par les responsables de service concernés et les cadres.
 - ✓ Gestion du temps prévisionnel (en introduisant les effectifs rémunérés médicaux et non médicaux, dans un contexte de contractualisation et d'EPRD)
 - ✓ Validation des profils de poste des personnels médicaux et pharmaceutiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
 - ✓ Propositions de nominations des RSI de son pôle ;
 - ✓ Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
 - ✓ Affectation des personnels au sein du pôle ;
 - ✓ Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
 - ✓ Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels du pôle.

1. NOMINATION

- Le cadre de pôle est nommé pour 4 ans par le Directeur, après concertation avec le chef de pôle et le Directeur des soins.
- Une indemnité de fonction lui est versée (part fixe mensuelle) selon la réglementation.
- Le Directeur peut mettre fin à sa mission de cadre de pôle, après concertation avec le chef de pôle et le Directeur des soins.
- Pour permettre au cadre de pôle de construire et mettre en œuvre le management interne du pôle (gouvernance), une formation aux fonctions de cadre de pôle lui est proposée par le Directeur, prenant notamment en compte le contexte de l'établissement (plan de retour à l'équilibre financier, mise en œuvre du projet médical et stratégique).

2. POSITIONNEMENT

- Il est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur des Soins et fonctionnelle du chef de pôle.
- Il est le responsable hiérarchique des cadres de santé et des personnels du pôle.
- Il assure un lien fonctionnel avec la responsable des AMA pour répondre aux objectifs du pôle.
NB : Point à faire clarifier par le groupe projet « secrétariats médicaux », compte-tenu des avis divergents sur l'interlocuteur privilégié au sein du pôle : le chef de pôle, le médecin, le cadre de pôle ou le cadre de proximité ?
- Il assure un lien fonctionnel avec le contrôleur de gestion, les responsables médicaux des structures internes et les cadres des autres pôles.

3. MISSIONS

Mission générale :

- Le cadre de pôle assiste, avec le contrôleur de gestion, le chef de pôle dans l'application de la politique et des objectifs du pôle déclinés dans le contrat de pôle. Il participe au management du pôle et à sa mise en œuvre.

Missions détaillées :

- Le cadre de pôle anime et dynamise l'équipe de cadres :
 - pratique et encourage une gestion participative (groupes de travail, réunions ...)
 - assure l'entretien annuel d'évaluation des cadres du pôle après entretien avec le responsable de structure
 - relaye la politique institutionnelle
 - transmet les informations institutionnelles aux cadres et les informe en retour de l'avancement des projets.
- Il gère les ressources humaines en lien avec l'encadrement :
 - participe à la définition des objectifs d'organisation du pôle
 - assure une gestion optimisée des ressources humaines contractualisées, des moyens de remplacement de l'absentéisme (respect des effectifs validés, harmonisation des moyens des unités, recherche de mutualisations intra et interpôles)
 - participe à l'affectation dans le pôle :

- des cadres de santé avec le Directeur des Soins, le DRH, le chef de pôle et le RSI,
- des personnels de soins
- analyse les besoins en formation avec les cadres et élabore un plan de formation qui intègre les besoins et projets des services relevant du pôle, les projets professionnels et l'actualisation des connaissances en lien avec l'évolution des professions et la prise en charge des patients.
- Il contribue à la gestion de la qualité de la prise en charge du patient (soins, actes, examens...) :
 - veille à assurer la continuité de la prise en charge des patients 24 h/24 h
 - assure l'adéquation entre les moyens mis à disposition et les besoins et/ou attentes des patients et du personnel
 - contribue à l'amélioration du niveau de qualité du pôle
 - anticipe et accompagne l'évolution des différentes unités du pôle en proposant des améliorations et intègre l'évolution des techniques
- Il participe à l'analyse de l'activité en collaboration avec le contrôleur de gestion :
 - recherche en permanence l'optimisation des organisations, circuits et fonctionnements au regard du niveau d'activité
 - suscite et conduit des actions d'évaluation de la qualité des prestations
 - exploite et évalue les résultats en matière d'activités, d'audits...
 - utilise et analyse les tableaux de bord à disposition

1. NOMINATION

Le directeur référent est nommé par le directeur après concertation du chef de pôle.
Il est nommé parmi les membres du comité de direction.

2. POSITIONNEMENT

Le directeur référent est placé sous l'autorité unique du Directeur.
Il a des liens fonctionnels avec le trio de pôle.
Il est le relais privilégié du pôle auprès de l'équipe de direction.

3. MISSIONS

Il participe à l'élaboration du projet de pôle et du contrat de pôle. Il accompagne le pôle dans la mise en œuvre du projet médical et stratégique, du plan de retour à l'équilibre financier ainsi que dans l'exécution des objectifs du contrat de pôle.

Il est associé à la réflexion relative à la stratégie du pôle ainsi qu'aux coopérations à mener avec les autres pôles.

Il apporte au pôle sa contribution à la conduite des projets transversaux à mener.

Il assure un rôle de facilitateur, de conseil et de relais d'information. Il n'assume pas une mission d'expertise au titre de ses responsabilités fonctionnelles.

Il veille à la cohérence des initiatives et orientations du pôle avec la stratégie institutionnelle.

FICHE DE MISSION CONTROLEUR DE GESTION DE POLE

1. NOMINATION

Le contrôleur de gestion de pôle est nommé par le Directeur.

2. POSITIONNEMENT

Il est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur des Finances et est mis à disposition du pôle.

Il est positionné au sein du quatuor de pôle.

Il assure l'interface entre le pôle et les directions fonctionnelles.

Il travaille en coopération avec les RSI, la Direction des Finances, le Département d'information médicale.

3. MISSIONS

Générales

Le contrôleur de gestion de pôle assiste le chef de pôle, avec le cadre de pôle, dans l'élaboration et l'application de la politique et des objectifs du pôle, en cohérence avec la politique générale de l'établissement. Ces objectifs sont déclinés dans le contrat de pôle.

Détaillées

Il est associé aux réflexions et décisions relatives aux évolutions organisationnelles du pôle. A ce titre, il vérifie l'efficacité du projet et émet des préconisations.

Il contribue à l'amélioration de l'efficacité du pôle et à l'amélioration de l'adéquation des moyens par activité.

Il élabore les tableaux de bord en lien avec le contrôleur de gestion des finances.

Il conduit, concernant les dépenses du pôle, des études de coût sur le périmètre du pôle.

Il propose, concernant les recettes du pôle, des améliorations de nature à optimiser les recettes en lien avec le DIM.

Il participe, avec le chef de pôle, le Directeur référent et le cadre de pôle, à la préparation des réunions internes au pôle et à leur animation.

Il assiste le chef de pôle et le cadre de pôle dans l'analyse des statistiques, la compréhension des indicateurs et de la comptabilité analytique.

Il suit l'évolution du contrat de pôle et de ses indicateurs. Il est associé à la préparation des bilans annuels et infra-annuels.

FICHE DE MISSION RESPONSABLE DE STRUCTURE INTERNE

Références :

- Décret 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les EPS
- Articles L. 6146-1, L.6146-2, R. 6146-4,5 et 9 CSP

1. NOMINATION

Le responsable de structure interne est nommé par le Directeur, sur proposition du chef de pôle et après avis du Président de la CME, pour une durée de 4 ans. Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure par le Directeur qui peut prendre cette décision, soit de sa seule initiative, soit sur proposition du chef de pôle. L'avis du Président de la CME est toujours requis pour une telle décision.

2. POSITIONNEMENT

Il est coresponsable avec le cadre de santé de l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre du contrat de pôle, et rend compte au chef de pôle.

Il travaille en étroite collaboration avec le cadre de santé.

Il assure la concertation au sein de la structure.

3. MISSIONS

Les missions du responsable de structure interne s'exercent dans le cadre du projet médical et stratégique 2013-2017 et du plan de retour à l'équilibre financier 2013-2017.

Le responsable de structure, conjointement avec le cadre de santé du secteur concerné, assume la responsabilité médicale ou pharmaceutique de la structure et en assure la conduite et le fonctionnement technique avec les équipes médico-soignantes et l'encadrement.

Il organise le fonctionnement de la structure et des activités médicales dans le respect de la déontologie de chaque praticien, en cohérence avec le projet de pôle et dans le respect de l'autorité fonctionnelle du chef de pôle.

Il élabore le tableau de service et s'assure de la continuité des soins au niveau de sa structure, avant validation par le chef de pôle.

Il est responsable, en collaboration avec le cadre de santé, de la qualité des prises en charge et de leur amélioration au niveau du service concerné.

Il est responsable du suivi de l'ensemble des indicateurs d'activité et de qualité de la structure, de l'harmonisation des protocoles médicaux et de leur mise en œuvre, ainsi que du suivi et de l'évaluation des pratiques professionnelles médicales et soignantes.

Il conduit les projets concernant la structure et son organisation, ayant un impact sur les ressources, en sollicitant, après validation du chef de pôle, les expertises et compétences du cadre de pôle, du contrôleur de gestion du pôle et du directeur référent.

Il rend compte au chef de pôle des projets ou problèmes concernant l'organisation et le fonctionnement de la structure ; il les communique au chef de pôle.

Le responsable de la structure doit solliciter, après avis du chef de pôle, l'expertise et la compétence du contrôleur de gestion et du cadre de pôle pour la réalisation d'études médico-économiques ou pour tout projet concernant la structure et son organisation.

Il est garant dans sa spécialité du lien avec le réseau régional (CHU, ...).

Il rédige les fiches de poste des praticiens de la structure à partir du canevas institutionnel, et s'assure du respect de leur application.

Il évalue avec le cadre de santé l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre du contrat de pôle, et rend compte au chef de pôle.

8. Le contenu du dossier médical du patient

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Sa composition est réglementaire et précisée dans l'article R. 1112-2 du code de la santé publique.

Il rassemble toutes les informations relatives à sa personne, produites par les personnels qui participent à sa prise en charge.

a. Les informations recueillies lors des consultations externes, aux urgences, au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, notamment :

- La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- Les motifs d'hospitalisation ;
- La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- Les informations sur la démarche médicale
- Le dossier d'anesthésie ;
- Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient
- Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- Les directives anticipées ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

b. Les informations formalisées établies à la fin du séjour.

Elles comportent notamment :

- Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- La fiche de liaison infirmière ;

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

Sont seules communicables les informations énumérées aux a. et b.

9. Charte de la personne hospitalisée



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



2 Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



3 L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



5 Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



6 Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



8 La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

10. Charte de l'enfant hospitalisé

Charte de l'enfant hospitalisé (version française)

Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants – UNESCO

1. L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
2. Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
3. On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire.
On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
4. Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
5. Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins.
On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.
6. Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
7. L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
9. L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
10. L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Cette « Charte » a été préparée par plusieurs associations européennes à Leiden en 1988. Elle résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

Pour en savoir plus : <http://www.apache-france.org>

11. Charte de la laïcité

CHARTRE de la laïcité

DANS LES SERVICES PUBLICS

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.

Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle garantit des droits égaux aux hommes et aux femmes et respecte toutes les croyances. Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, notamment religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi. La liberté de religion ou de conviction ne rencontre que des limites nécessaires au respect du pluralisme religieux, à la protection des droits et libertés d'autrui, aux impératifs de l'ordre public et au maintien de la paix civile. La République assure la liberté de conscience et garantit le libre exercice des cultes dans les conditions fixées par la loi du 9 décembre 1905.

des agents du service public

Tout agent public a un **devoir de stricte neutralité**. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait pour un agent public de **manifester ses convictions religieuses** dans l'exercice de ses fonctions **constitue un manquement à ses obligations**.

Il appartient aux responsables des services publics de **faire respecter l'application du principe de laïcité** dans l'enceinte de ces services.

La liberté de conscience est garantie aux agents publics. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

des usagers du service public

Tous les usagers sont **égaux** devant le service public.

Les usagers des services publics ont le **droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public**, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Les usagers des services publics doivent **s'abstenir de toute forme de prosélytisme**.

Les usagers des services publics **ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers**, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement.

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire, les usagers doivent **se conformer aux obligations** qui en découlent.

Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux, hospitaliers ou pénitentiaires ont **droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte**, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

12. Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

13. Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante



