

**REGLEMENT INTERIEUR DU  
CENTRE HOSPITALIER  
ALES-CEVENNES  
2023**



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>1. - L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CENTRE HOSPITALIER ALES-CEVENNES</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 - Directeur</b> : .....	<b>6</b>
<b>1.2. - Directoire</b> : .....	<b>6</b>
1.2.1. - Composition : .....	6
1.2.2. - Compétence : .....	7
<b>1.3. - Conseil de surveillance (CS)</b> : .....	<b>7</b>
1.3.1. - Composition : .....	7
1.3.2. - Compétence : .....	8
1.3.3. - Fonctionnement : .....	8
<b>1.4. - Commission Médicale d'Etablissement (CME)</b> : .....	<b>9</b>
1.4.1. - Composition : .....	9
1.4.2. - Compétence : .....	9
1.4.3. - Fonctionnement : .....	10
<b>1.5. - Comité Social d'Etablissement (CSE)</b> : .....	<b>11</b>
1.5.1. – Composition : .....	11
1.5.2. - Compétences.....	11
1.5.3. - Fonctionnement.....	12
<b>1.6. – Formation spécialisée (FS)</b> : .....	<b>13</b>
1.6.1. – Composition : .....	13
1.6.2. - Compétences.....	13
1.6.3. - Fonctionnement.....	14
<b>1.7. – Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT)</b> : .....	<b>15</b>
1.7.1. – Composition : .....	15
1.7.2. – Compétence : .....	15
1.7.3. – Fonctionnement : .....	16
<b>1.8. – Organes consultatifs spécialisés</b> .....	<b>16</b>
1.8.1. - Commissions administratives paritaires locales (CAPL) : .....	16
1.8.2. - Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN):.....	17
1.8.2.1. - Composition .....	17
1.8.2.2. - Compétence .....	17
1.8.2.3. – Fonctionnement .....	18
1.8.3. – Comité d'éthique.....	18
1.8.4. - Autres commissions consultatives .....	18
<b>2. - L'ORGANISATION MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER ALES-CEVENNES</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1. - Code de déontologie</b> : .....	<b>19</b>
<b>2.2. – Pôles d'activité</b> : .....	<b>20</b>
<b>2.3 – Responsables de ces différentes structures</b> : .....	<b>20</b>
2.3.1. – Les chefs de pôle .....	20
2.3.2. – Les responsables des structures internes/Chefs de service .....	21
<b>2.4 - Corps médical : catégories</b> .....	<b>21</b>
2.4.1. - Praticiens hospitaliers : .....	21
2.4.2. - Praticiens attachés : .....	22
2.4.3. - Praticiens contractuels.....	22
2.4.4. - Assistants .....	23
2.4.5. - Praticiens Associés .....	23
2.4.6. – Internes et résidents : .....	24
<b>2.5. – Pharmacien</b> : .....	<b>24</b>
<b>2.6. - Sages-femmes</b> : .....	<b>25</b>
<b>2.7. – Organisation</b> : .....	<b>25</b>

<b>2.8. - Interventions chirurgicales.....</b>	<b>25</b>
2.8.1. Les différents intervenants.....	25
2.8.2. Le conseil du bloc opératoire .....	25
<b>2.9. - Visite médicale quotidienne .....</b>	<b>26</b>
<b>2.10. - Permanence médicale des soins – Permanence sur place ou d’astreinte.....</b>	<b>26</b>
<b>2.11. - Activité libérale .....</b>	<b>26</b>
<b>2.12. – Demi-journées d’activité d’intérêt général.....</b>	<b>27</b>
<b>2.13. - Département d'information médicale.....</b>	<b>27</b>
2.13.1. - Fonctionnement.....	27
2.13.2. - Traitement automatisé des informations nominatives - droits d'accès .....	27
<b>3. – DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES .....</b>	<b>28</b>
<b>3.1. - Dispositions générales.....</b>	<b>28</b>
3.1.1.- Principe du libre choix du malade.....	28
3.1.2. - Accès aux soins des personnes démunies .....	28
3.1.3. - Livret d’accueil .....	28
3.1.4. - Mode d'admission.....	28
3.1.5. - Décision préfectorale .....	28
3.1.6. - Admissions en urgence .....	29
3.1.7. - Transfert après premiers secours ou admission .....	29
3.1.8. - Information à la famille et aux proches .....	29
3.1.9. - Refus de soins et d'hospitalisation d'un malade .....	29
3.1.10. - Dépôts et retrait des objets de valeur.....	29
3.1.11. - Responsabilité de l'établissement.....	30
<b>3.2. - Dispositions particulières.....</b>	<b>30</b>
3.2.1. - Consultations externes en activité libérale .....	30
3.2.2. - Prise en charge des frais d'hospitalisation .....	30
3.2.3. - Femmes enceintes.....	31
3.2.3.1. - Admissions .....	31
3.2.3.2. - Hospitalisation sous X .....	31
3.2.4. - Militaires .....	31
3.2.4.1. - Admission hors les cas d'urgence.....	31
3.2.4.2. - Militaires - Admission en urgence .....	31
3.2.5. – Mineurs .....	32
3.2.5.1. – Autorisation parentale : .....	32
3.2.5.2. – IVG : .....	32
3.2.5.3. - Admission .....	32
3.2.5.4. - Autorisation d'opérer - Refus de soins .....	32
3.2.5.5. - Mineur relevant d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance.....	33
3.2.5.6. - Accompagnants.....	33
3.2.6. Majeurs protégés - Gestion des biens .....	33
3.2.7. - Etrangers - Admission .....	33
3.2.8. - Malades toxicomanes - Secret de l'hospitalisation à la demande de l'hospitalisé et admission .....	33
3.2.9. - Maladies à déclaration obligatoire (MDO).....	33
3.2.10. - Admissions en psychiatrie .....	34
3.2.11. – Accès aux soins palliatifs .....	34
<b>3.3. - Conditions de séjour .....</b>	<b>34</b>
3.3.1. - Information du malade sur les soins et sur son état de santé .....	34
3.3.2 - La personne à prévenir.....	35
3.3.3 - La personne de confiance .....	35
3.3.4 - Directives anticipées .....	35
3.3.5. - Information de la famille et des proches .....	36
3.3.6. - Modalités d'exercice du droit de visite .....	36
3.3.7. - Comportement des visiteurs.....	36
3.3.8. - Horaires des visites.....	37
3.3.9. - Horaires des repas - Repas aux accompagnants .....	37
3.3.10. - Détermination des menus.....	37

3.3.11. - Déplacement et comportement des hospitalisés - Désordres .....	37
3.3.12. - Hygiène à l'hôpital.....	38
3.3.13. - Effets personnels - Jouets personnels.....	38
3.3.14. - Interdiction de fumer.....	38
3.3.15. – Courrier .....	38
3.3.16. – Télévision – Téléphone - Internet - Boutique.....	38
3.3.17. - Service social.....	39
3.3.18. - Exercice du culte.....	39
<b>3.4. - Sorties.....</b>	<b>39</b>
3.4.1. – Préparation de la sortie.....	39
3.4.2. - Autorisations de sortie.....	39
3.4.3. - Formalités de sortie .....	39
3.4.4. - Sortie contre avis médical.....	40
3.4.5. - Sortie disciplinaire.....	40
3.4.6. - Sortie après refus de soins.....	40
3.4.7. - Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation .....	41
3.4.8. - Sortie sans autorisation des malades (fugue).....	41
3.4.9. - Sortie des nouveau-nés.....	41
3.4.10. - Sortie à domicile par transport en ambulance.....	42
3.4.11. - Questionnaire de satisfaction .....	42
<b>3.5. - Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades.....</b>	<b>42</b>
3.5.1. - Conservation du dossier médical .....	42
3.5.2. - Communication du dossier médical.....	42
3.5.3. - Transmission du dossier médical .....	43
3.5.4. - Information au médecin traitant .....	43
3.5.4.1. - Information médicale à l'arrivée du malade .....	43
3.5.4.2. - Information en cours d'hospitalisation .....	43
3.5.4.3. - Information à la sortie du malade.....	44
3.5.5. - Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale.....	44
3.5.6. - Communications des résultats d'examens anatomo et cyto-pathologiques des malades hospitalisés et des consultants externes .....	44
3.5.7. - Communication des radiographies et examens d'imagerie médicale.....	44
<b>3.6 - Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés.....</b>	<b>44</b>
3.6.1. - Constat du décès.....	44
3.6.2. - Notification du décès .....	45
3.6.3. - Déclaration d'enfant sans vie.....	45
3.6.4. - Indices de mort violente ou suspecte .....	45
3.6.5. - Toilette mortuaire et inventaire après décès.....	45
3.6.6. – Sortie du corps du service .....	46
3.6.6.1. – Vers la chambre mortuaire.....	46
3.6.6.2. – Vers la chambre funéraire .....	46
3.6.6.3. – Vers le domicile .....	46
3.6.7. - Transport de corps après mise en bière.....	47
3.6.8. - Autopsie.....	47
3.6.9. – Prélèvements d'organes :.....	47
3.6.10 - Inhumation.....	47
3.6.11 - Mesures de police sanitaire .....	48
3.6.12 – Dispositions particulières en lien avec la sécurité.....	48
<b>3.7. - Afflux massif de victimes.....</b>	<b>48</b>
<b>3.8 - Dispositions propres au pôle Personnes âgées .....</b>	<b>49</b>
3.8.1. - Etablissements - Catégories d'hébergement.....	49
3.8.2. – Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) .....	49
3.8.3. – Le Règlement de fonctionnement.....	50
3.8.4. – Le Contrat de séjour .....	50
3.8.5. – Charte des droits et libertés des personnes âgées.....	50
<b>4. - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.....</b>	<b>51</b>
<b>4.1. – Obligations.....</b>	<b>51</b>

4.1.1 – Nécessité de service .....	51
4.1.2 - Respect des conditions réglementaires de travail .....	51
4.1.3 - Assiduité et ponctualité du personnel .....	51
4.1.4. - Exécution des ordres reçus .....	51
4.1.5. - Information du supérieur hiérarchique de tout incident.....	51
4.1.6. – Lanceur d’alerte .....	52
4.1.7. - Conservation en bon état des locaux, matériels et effets.....	52
4.1.8. - Interdiction de pourboires .....	52
4.1.9. – Cumul d’activité des fonctionnaires .....	52
4.1.10. - Identification du personnel.....	53
4.1.11. - Tenue vestimentaire de travail / clé et badge.....	53
4.1.12. - Tenue et comportement corrects exigés .....	53
4.1.13. - Lutte contre le bruit .....	53
4.1.14. - Interdiction de fumer et de vapoter .....	54
4.1.15. – Repas .....	54
4.1.16. – Dispositions relatives à l’alcool sur les lieux de travail.....	54
4.1.17. Permis de conduire .....	54
4.1.18 - Téléphone portable.....	54
4.1.19. - Relations avec les usagers.....	54
4.1.19.1 - Comportement.....	54
4.1.19.2. - Liberté de conscience, d’opinion et principe de neutralité.....	55
4.1.19.3. - Accueil .....	55
4.1.19.4. - Respect du libre choix des familles .....	55
4.1.20. – Protection des professionnels de toute forme de harcèlement .....	55
4.1.21. - Secret professionnel et médical.....	55
4.1.22. - Obligation de discrétion professionnelle .....	56
4.1.23. – Obligation de réserve .....	56
4.1.24. - Interdiction des réunions publiques au centre hospitalier .....	56
4.1.25. - Informatique .....	57
<b>4.2. – Divers .....</b>	<b>57</b>
4.2.1. - Accès interdit aux démarcheurs, agents d’affaires .....	57
4.2.2. – Accès aux entreprises extérieures au sein de l’établissement .....	57
4.2.3. - Effets et biens personnels - Responsabilité.....	57
<b>5. - REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION .....</b>	<b>57</b>
<b>5.1. – Sécurité incendie .....</b>	<b>57</b>
<b>5.2. - Voies de circulation .....</b>	<b>58</b>
<b>5.3. - Règles de circulation .....</b>	<b>58</b>
<b>5.4. - Stationnement.....</b>	<b>58</b>
<b>5.5. - Responsabilité .....</b>	<b>58</b>
<b>5.6. – Sanctions.....</b>	<b>58</b>
<b>6. - DISPOSITIONS DIVERSES.....</b>	<b>59</b>
<b>6.1. - Approbation du règlement intérieur .....</b>	<b>59</b>
<b>6.2. - Mise à disposition du règlement intérieur .....</b>	<b>59</b>
<b>6.3. - Mise à jour du règlement intérieur .....</b>	<b>59</b>

## INTRODUCTION

Premier Hôpital de France aux normes Haute Qualité Environnementale (H.Q.E), doté d'une capacité de 880 lits et places dont 346 lits EHPAD-USLD, le Centre hospitalier Alès-Cévennes (**CHAC**) regroupe sept pôles d'activité et près de 2000 professionnels de santé afin de répondre aux besoins de la population du bassin alésien comprenant environ 180 000 habitants.

### 1. - L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CENTRE HOSPITALIER ALES-CEVENNES

#### **1.1 - Directeur :**

Article L.6143-7 du Code de la santé publique (CSP)

Le directeur représente l'établissement en justice ainsi que dans tous les actes de la vie civile.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination au sein de l'établissement. Il propose au directeur général du Centre National de Gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la Commission Médicale d'Etablissement, 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.

Il est chargé de l'exécution des décisions du Conseil de Surveillance. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement, autres que celles relevant de la compétence du Conseil de Surveillance, et après concertation avec le Directoire pour certaines.

Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement.

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

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

Le directeur est assisté d'une équipe de direction.

#### **1.2. - Directoire :**

Article L.6143-7-5 du CSP

##### **1.2.1. - Composition :**

Le directoire, présidé par le directeur, est composé d'une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Il comporte sept membres :

- le directeur, Président du Directoire
- le président de la Commission Médicale d'Etablissement, vice-président du directoire
- le président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques
- un membre du personnel non médical nommé
- des membres qui appartiennent aux professions médicales nommés par le directeur sur présentation d'une liste de propositions établies par le président de la Commission Médicale d'Etablissement

### **1.2.2. - Compétence :**

Article L.6143-7-4 du CSP

Le Directoire :

- conclut le contrat pluriannuel
- décide, conjointement avec le président de la CME, 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 CME 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
- arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du CS
- arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article
- peut proposer au directeur général de l'ARS, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération
- 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 CS le projet d'établissement
- arrête le règlement intérieur de l'établissement
- à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos
- présente à l'ARS le plan de redressement
- arrête le plan blanc de l'établissement

### **1.3. - Conseil de surveillance (CS) :**

#### **1.3.1. - Composition :**

Article L.6143-5 du CSP

Le Conseil de surveillance du Centre Hospitalier Alès-Cévennes comprend 15 membres, à savoir :

- 5 représentants des collectivités territoriales
- 5 représentants du personnel médical et non médical de l'établissement
- 5 représentants des personnalités qualifiées

La composition nominative du Conseil de Surveillance est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de la santé.

Assistent également ou peuvent assister aux séances du Conseil de Surveillance, avec voix consultative :

- le vice-président du directoire,
- le directeur de l'agence régionale de la santé, ou son représentant
- le directeur de la caisse d'assurance maladie, ou son représentant
- le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique de l'établissement
- le représentant des familles des personnes accueillies dans les unités de long séjour



### **1.3.2. - Compétence :**

Article L.6143-1 du CSP

Le Conseil de Surveillance définit la politique générale de l'établissement et 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 de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3
- 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. Les comptes de l'établissement étant soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme 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.

### **1.3.3. - Fonctionnement :**

Article R.6143-8 à R.6143-16 du CSP

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an. Le secrétariat est assuré par la direction générale.

Il se réunit sur convocation du Président, ou à la demande du directeur de l'agence régionale de la santé ou de la moitié des membres.

**Les séances du Conseil de Surveillance ne sont pas publiques. Les débats revêtent un caractère confidentiel.**

Le conseil de surveillance est convoqué par courrier signé du président, envoyé par email. Cette convocation est accompagnée de l'ordre du jour et des documents disponibles permettant d'éclairer ses membres dans leurs délibérations du Conseil de Surveillance. L'ensemble est transmis au moins 7 jours à l'avance. Lorsque le quorum n'a pas été atteint à la première séance, la deuxième convocation doit être adressée à trois jours d'intervalle au moins de la première, et à huit jours au plus.



## **1.4. - Commission Médicale d'Etablissement (CME) :**

### **1.4.1. - Composition :**

Article R.6144-3 du CSP

La composition de la Commission Médicale d'Etablissement des centres hospitaliers est fixée comme suit :

- l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médicotechniques 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 exerçants à titre libéral de l'établissement
- des 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

Assistent, en outre, avec voix consultative :

- le président du Directoire ou son représentant ; Il peut se faire assister de toute personne de son choix
- le président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques
- le praticien responsable de l'information médicale
- le représentant du CSE, élu en son sein
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins mentionnés à l'article R. 6111-4

La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

### **1.4.2. - Compétence :**

Articles R.6144-1 et 2 du CSP

La Commission Médicale d'Etablissement est consultée pour des sujets sur lesquels le CSE est également consulté, ces matières sont les suivantes :

- les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1
- les orientations stratégiques de l'établissement, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le 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

La Commission Médicale d'Etablissement est également consultée sur les matières suivantes :

- la politique en matière de coopération territoriale de l'établissement
- la politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement
- la politique de formation des étudiants et internes
- la politique de recrutement des emplois médicaux
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement

- le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques
- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social
- le règlement intérieur de l'établissement
- le programme d'investissement concernant les équipements médicaux
- le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre
- les comités de pilotage SI et SSI auxquels participe le président de CME

**La Commission Médicale d'Etablissement est informée sur les matières suivantes :**

- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement
- les contrats de pôles
- le bilan annuel des tableaux de service
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques
- 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
- le schéma directeur des systèmes d'information du GHT

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

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

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

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

La Commission Médicale d'Etablissement :

- 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.
- élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

**1.4.3. - Fonctionnement :**

Articles R.6144.5 à R.6144.6.

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

Toutefois, lorsque les praticiens titulaires ne forment pas la majorité des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, le règlement intérieur peut prévoir que le président et le vice-président sont élus parmi l'ensemble des membres de la commission.

La Commission Médicale d'Etablissement doit se réunir au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour. Le secrétariat est assuré par la direction des affaires médicales. Elle établit son règlement intérieur. Ses séances ne sont pas publiques.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux de la Commission Médicale d'Etablissement, 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.

Les convocations et l'ordre du jour sont envoyés aux membres de la Commission Médicale d'Etablissement au moins 7 jours avant la date de réunion.

## **1.5. - Comité Social d'Etablissement (CSE) :**

### **1.5.1. – Composition :**

*Décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021*

✓ Le président : le président du CSE du Centre Hospitalier d'Alès-Cévennes est le directeur ou son représentant, le directeur des ressources humaines.

✓ Les membres élus : le Comité Social d'Etablissement se compose de 12 membres titulaires et 12 membres suppléants. Seuls siègent les membres titulaires. En cas d'absence ou d'empêchement d'un membre titulaire, le membre suppléant siège en lieu et place du membre titulaire qu'il supplée.

✓ Les personnes qualifiées : le président, à son initiative ou à la demande de membres titulaires de l'instance concernée, peut convoquer des personnes qualifiées, en fonction au sein de l'établissement, afin qu'elles soient entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Le nombre et l'identité des personnes qualifiées doivent être soumis à l'accord du président au plus tard 48 heures avant l'instance. Les personnes qualifiées n'ont pas voix délibérative. Elles ne peuvent assister qu'à la partie des débats, relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

✓ Les autres membres (invités permanents) :

-Le médecin du travail ou le conseiller de prévention

-Le psychologue du travail

-Le cadre de santé

-L'adjoint des cadres hospitalier responsable de l'administration

### **1.5.2. - Compétences**

✓ Le CSE est consulté sur :

- le règlement intérieur de l'établissement
- le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique
- le plan global de financement pluriannuel
- l'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques

- l'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique
  - les projets de réorganisation de service
  - la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation
  - les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique – délibérations du conseil de surveillance
  - les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service
  - les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants
- ✓ Le CSE est informé chaque année sur :
- la situation budgétaire de l'établissement
  - le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique
  - le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code
  - les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code

### **1.5.3. - Fonctionnement**

- ✓ Présidence : le CSE est présidé par le directeur ou son représentant.
- ✓ Secrétaire : le CSE élit, parmi ses membres titulaires, un secrétaire et un secrétaire suppléant et fixe la durée de leurs mandats.
- ✓ Secrétariat administratif : un agent, désigné par le directeur ou son représentant, assiste aux réunions du CSE et en assure le secrétariat administratif.
- ✓ Procès-verbal : après chaque réunion, un procès-verbal comprenant le compte rendu des débats et le détail des votes est établi. Ce document est signé par le président et par le secrétaire et transmis dans le délai d'un mois aux membres du CSE. Ce procès-verbal est soumis à l'approbation des membres du CSE lors de la séance suivante.

Les projets élaborés et les avis émis par le comité social d'établissement sont portés par l'administration, à la connaissance du personnel en fonction dans l'établissement dans un délai d'un mois sur l'intranet de l'établissement.

Les avis émis par le CSE sont également portés à la connaissance du Conseil de Surveillance à la réunion qui suit.

- ✓ Quorum : le CSE ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative est présente lors de l'ouverture de la réunion. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 8 jours. Le CSE siège alors valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents.

Il ne peut alors être fait application des dispositions relatives au vote défavorable unanime.

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

✓ Convocation : l'ordre du jour est établi conjointement par le président et le secrétaire de séance. Il doit être adressé aux membres par tout moyen, notamment par voie électronique, au moins 15 jours avant la séance. Ce délai peut être ramené à 8 jours en cas d'urgence.

Communication doit être donnée aux membres titulaires et suppléants de l'instance de toutes pièces, présentées pour avis et pour information, ainsi que les documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard 8 jours avant la date de la séance. L'administration mettra tout en œuvre pour envoyer les documents en même temps que l'ordre du jour, si possible.

## **1.6. – Formation spécialisée (FS) :**

### **1.6.1. – Composition :**

*Décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021*

✓ Le président : le président de la FS du Centre Hospitalier d'Alès-Cévennes est le directeur ou son représentant, le directeur des ressources logistiques et techniques.

✓ Les membres élus : la FS du Comité Social d'Etablissement se compose de 12 membres titulaires et 12 membres suppléants. Seuls siègent les membres titulaires. En cas d'absence ou d'empêchement d'un membre titulaire, le membre suppléant siège en lieu et place du membre titulaire qu'il supplée.

✓ Les personnes qualifiées : le président, à son initiative ou à la demande de membres titulaires de l'instance concernée, peut convoquer des personnes qualifiées, en fonction au sein de l'établissement, afin qu'elles soient entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Le nombre et l'identité des personnes qualifiées doivent être soumis à l'accord du président au plus tard 48 heures avant l'instance. Les personnes qualifiées n'ont pas voix délibérative. Elles ne peuvent assister qu'à la partie des débats, relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

✓ Les autres membres (invités permanents) :

- le médecin du travail,
- le psychologue du travail,
- un représentant de la CME
- l'agent de contrôle de l'inspection du travail (DIRECCTE),
- un représentant de la CARSAT

### **1.6.2. - Compétences**

✓ La FS est consultée sur :

-Sur les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification de l'organisation et du temps de travail, des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail. Elle n'est toutefois pas consultée lorsque ces projets s'intègrent dans une réorganisation de service, qui sont examinés directement par le comité social d'établissement au sein duquel ou en complément duquel elle est instituée

-Sur les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents

-sur les plans mentionnés à l'article L. 3131-7 du code de la santé publique pour les établissements publics de santé et les groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public et à l'article D. 311-8 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements sociaux et médico-sociaux

-sur la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail

✓ Chaque année, le président soumet pour avis à la FS :

-un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des actions menées

-un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail établi à partir de l'analyse contenue dans le rapport social unique. Il fixe la liste détaillée des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir. Il précise, pour chaque réalisation ou action, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût

✓ La FS est associée au :

-suivi et à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels

### **1.6.3. - Fonctionnement**

✓ Présidence : la FS est présidée par le directeur ou son représentant.

✓ Secrétaire : La FS élit, parmi ses membres titulaires, un secrétaire et un secrétaire suppléant et fixe la durée de leurs mandats.

✓ Secrétariat administratif : un agent, désigné par le directeur ou son représentant, assiste aux réunions de la FS et en assure le secrétariat administratif.

✓ Procès-verbal : après chaque réunion, un procès-verbal comprenant le compte rendu des débats et le détail des votes est établi. Ce document est signé par le président et par le secrétaire et transmis dans le délai d'un mois aux membres de la FS. Ce procès-verbal est soumis à l'approbation des membres de la FS lors de la séance suivante.

✓ Quorum : La FS 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 8 jours. La FS siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

Il ne peut alors être fait application des dispositions relatives au vote défavorable unanime.

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

✓ Convocation : l'ordre du jour est établi conjointement par le président et le secrétaire de séance. Il doit être adressé aux membres par tout moyen, notamment par voie électronique, au moins 15 jours avant la séance. Ce délai peut être ramené à 8 jours en cas d'urgence.

L'ensemble des pièces doit être transmise aux membres titulaires et suppléants de l'instance et présenté pour avis et pour information, ainsi que tous les documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard 8 jours avant la date de la séance. L'administration mettra tout en œuvre pour envoyer les documents en même temps que l'ordre du jour, si possible.

## **1.7. – Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques (CSIRMT) :**

### **1.7.1. – Composition :**

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Cette commission comprend :

- un collège des cadres de santé :
  - groupe de la filière infirmière : corps des infirmiers cadre de santé, corps des infirmiers de bloc opératoire cadre de santé, corps des infirmiers anesthésistes cadre de santé et corps des puéricultrices cadre de santé,
  - groupe de la filière médicotechnique : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé, corps des techniciens de laboratoire cadres de santé, corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé
  
- un collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques :
  - groupe des personnels infirmiers : corps des infirmiers de bloc opératoire, corps des infirmiers anesthésistes, corps des puéricultrices et corps des infirmiers
  - groupe des personnels de rééducation : corps des psychomotriciens, corps des orthophonistes, corps des orthoptistes, corps des diététiciens et corps des kinésithérapeutes
  - groupe des personnels médicotechniques : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière, corps des techniciens de laboratoire et corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale
  
- un collège des aides-soignants : collège du corps des aides-soignants (aide-soignant, auxiliaire de puéricultrice et aide médico-psychologique)

Ces membres doivent être titulaires ou stagiaires ou agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin.

Des membres avec voix consultative :

- le directeur de l'Institut de formation en Soins Infirmiers
- un représentant des étudiants infirmiers de troisième année
- un représentant des élèves aides-soignants
- un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement

### **1.7.2. – Compétence :**

Elle est consultée pour avis sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques 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 médicotechniques



- 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
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement

### **1.7.3. – Fonctionnement :**

Les membres de la commission sont désignés pour une durée de 4 ans renouvelable.

La commission du service de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président.

Au Centre Hospitalier Alès-Cévennes, le secrétariat est assuré par la direction des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

La commission émet des avis lorsque la moitié au moins de ses membres désignés sont présents. Lorsque le quorum n'est pas atteint une convocation à 8 jours d'intervalle est faite et l'avis émis est valable quel que soit le nombre des membres présents.

Un procès-verbal est établi après chaque séance adressé au président du Directoire et aux membres de la commission.

### **1.8. – Organes consultatifs spécialisés**

#### **1.8.1. - Commissions administratives paritaires locales (CAPL) :**

*Décret n° 2022-857 du 7 juin 2022*

Elles sont instituées par l'assemblée délibérante et sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement.

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

- 4 commissions pour les corps de catégorie A
- 3 commissions pour les corps de catégorie B
- 3 commissions pour les corps de catégorie C

Chacune de ces commissions est constituée d'un groupe unique, ce dernier étant lui-même constitué de sous-groupes rassemblant les corps, grades et emplois hiérarchiquement équivalents.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales comprennent, en nombre égal, d'une part des représentants de l'administration désignés par le Conseil de surveillance, d'autre part les représentants du personnel.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales examinent désormais les décisions relatives à la situation individuelle et à la discipline des fonctionnaires, tels que les refus de titularisation ou le conseil de discipline.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales se réunissent au moins deux fois par an. La présidence en est assurée par le président de l'assemblée délibérante ou son représentant, le secrétariat est assuré par un agent de l'établissement désigné par le directeur. Les séances ne sont

pas publiques. Le fonctionnement des Commissions Administratives Paritaires fait l'objet d'un règlement intérieur.

Au Centre Hospitalier Alès-Cévennes, les Commissions Administratives Paritaires Locales sont organisées par la direction des ressources humaines et de la formation.

### **1.8.2. - Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN):**

#### *1.8.2.1. - Composition*

- le président de la Commission Médicale d'Établissement ou son représentant,
- le directeur ou son représentant
- le médecin responsable de la médecine du travail ou son représentant
- le directeur du service de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ou son représentant
- un pharmacien
- un biologiste (médecin ou pharmacien)
- le médecin responsable de l'information médicale
- un praticien hygiéniste (médecin ou pharmacien)
- une infirmière hygiéniste
- un médecin infectiologue
- un infirmier désigné par la commission du service des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques
- trois professionnels paramédicaux dont un cadre de santé et deux infirmier(e)s désignés par la direction du service des soins infirmiers
- un professionnel médicotechnique désigné par la direction du service des soins infirmiers
- cinq médecins et une sage-femme chef proposés par la commission médicale d'établissement
- un représentant des usagers désigné par la CDU

Le comité est présidé par un praticien hospitalier élu à la majorité simple de ses membres.

La durée des mandats des membres proposés par la commission médicale d'établissement, du membre désigné par la commission du service des soins infirmiers, des membres désignés par la direction du service des soins infirmiers est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable. Le renouvellement des autres membres actifs du CLIN est fonction d'une mutation, d'un départ.

#### *1.8.2.2. - Compétence*

Il a pour missions :

- la validation des recommandations de bonnes pratiques en hygiène, en stérilisation, en antibiothérapie.
- la surveillance des infections nosocomiales
- la définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales
- l'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions.
- le suivi des indicateurs de prévention des infections associées aux soins.

Il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.

Il prépare chaque année avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales.

Il valide le rapport annuel d'activité de lutte contre les infections nosocomiales.

Le programme d'actions et le rapport d'activités sont présentés à la Commission Médicale d'Établissement et à la Commission du service de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques et sont transmis à la FS.

Il est consulté lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales dans l'établissement.

Le CLIN s'inscrit dans les coopérations engagées sur le bassin, GHT,...

### **1.8.2.3. – Fonctionnement**

Le comité se réunit au moins trois fois par an, à l'exception de situations sanitaires exceptionnelles.

Le comité peut entendre toute personne compétente, appartenant ou non à l'établissement, sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Les représentants des usagers siégeant au Conseil de Surveillance assistent avec voix consultative à la séance du comité au cours de laquelle sont discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions.

### **1.8.3. – Comité d'éthique**

Le comité d'éthique est une instance pluridisciplinaire et pluraliste composée de professionnels de la santé et de personnes choisies pour leur compétence et leur intérêt pour les sujets éthiques.

La réflexion éthique est un questionnement personnel ou collectif qui contribue à faciliter une prise de décision la plus adéquate lors de situations présentant des dilemmes, en analysant différents points de vue et en se questionnant sur le bien apporté et la justification de l'action, ainsi que le respect des valeurs, de la morale, des droits et devoirs.

Les quatre principes éthiques principaux dans les approches d'éthique médicale sont : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice.

Le comité d'éthique exerce des actions de réflexion, de conseil et de pédagogie. Ces actions sont issues des questionnements des professionnels et des saisines, elles peuvent donner lieu à des avis et des recommandations.

### **1.8.4. - Autres commissions consultatives**

D'autres commissions réglementaires existent dans l'établissement :

- Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) Circulaire DHOS/E1/n°2002/186 du 29 mars 2002 – Arrêté du 29 mars 2002
- Commission de surveillance des gaz médicaux : Circulaire DGS/B3A n° 667 bis du 10 octobre 1985
- Commission des usagers (CDU) : la composition, le rôle et les missions sont affichés dans le hall de l'établissement
- Commission du matériel médical : Décret n° 96-32 du 15 janvier 1996
- Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- Sous-commission évaluation des pratiques professionnelles
- Comité de lutte contre la douleur (CLUD)
- Comité de sécurité transfusionnelle et hémovigilance
- Comité de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Comité urgences vitales intra-hospitalières
- Commission de l'organisation de la permanence médicale et pharmaceutique (COPS)
- Commission de l'activité libérale : Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 (CAL)
- Commission de formation – DPC – DPC Médical
- Commission des admissions des consultations non programmées (CACNP)

## **1.9. – Démarche qualité**

Le Centre Hospitalier Alès-Cévennes a mis en place une politique qualité gestion des risques visant à la sécurisation et à l'amélioration continue de la qualité concernant : les soins et les prises en charge, les pratiques professionnelles et l'organisation.

La politique qualité obéit à trois orientations prioritaires :

- l'ancrage de la démarche qualité au cœur des pratiques professionnelles
- la consolidation de la maîtrise des risques
- une démarche qualité centrée sur le patient et son implication dans sa prise en charge

Elle se compose de 10 thématiques qui sont déclinées en différentes orientations planifiées et associées à des indicateurs de suivi permettant de statuer sur leur efficacité. Ces thématiques sont les suivantes :

- La maîtrise des risques et le déploiement de la culture qualité sécurité
- La coordination des soins et des parcours intra et inter-établissement
- Le droit des usagers et la promotion de la bientraitance
- La participation des usagers à la démarche qualité
- Le retour des patients via le recueil de la satisfaction et de l'expérience ainsi que l'analyse des plaintes
- L'analyse des pratiques professionnelles pour améliorer la qualité de la prise en charge et l'efficacité hospitalière
- L'amélioration de l'exhaustivité du plan d'amélioration continu de la qualité et son suivi
- Le management des ressources humaines et la gouvernance
- La gestion électronique des documents pour en améliorer sa gestion et sa disponibilité
- La communication à l'ensemble des parties prenantes sur l'évolution de la démarche qualité gestion des risques

Le pilotage de la démarche qualité gestion des risques est assuré par le directeur de l'établissement, le président de CME, la direction qualité et des instances spécifiques. Sa mise en œuvre implique l'ensemble des professionnels.

## **2. - L'ORGANISATION MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER ALES-CEVENNES**

### **2.1. - Code de déontologie :**

Articles R.4127-1 à R.4127-112 du CSP

Le praticien doit soigner avec la même conscience tous les malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation ou les sentiments qu'ils lui inspirent.

Le praticien est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

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

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

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

La communication du dossier médical au patient peut être obtenue à la demande et avec l'accord formel de la personne concernée (cf. chapitre 3.5.)

## **2.2. – Pôles d'activité :**

Conformément à la réglementation, le Centre Hospitalier Alès-Cévennes est organisé en 7 pôles d'activité :

- **Chirurgie-Mère-Enfant** (Chirurgie Générale, Chirurgie Orthopédique, Chirurgie ambulatoire, Gynécologie-Obstétrique, Pédiatrie, Gastro-entérologie, SSR locomoteur, Bloc Opératoire, Anesthésie),
- **Génie Médical** (Pharmacie à Usage Intérieur, Laboratoire, Imagerie Médicale, EOHH, DIM, Archives Médicales, Service Social, EEG)
- **Médecine** (Médecine 1, Médecine 2, Court Séjour Gériatrique Aigu, Oncologie, HPDD Médecine, EMSP, Addictologie, Equipe Mobile de Gériatrie, SSR gériatrique),
- **Personnes Agées** (5 résidences dont 4 hors site)
- **Psychiatrie** (Psychiatrie Adultes et Psychiatrie Infanto-Juvenile),
- **Soins Aigus** (Réanimation, Cardiologie, Pneumologie, SSR cardiologique),
- **Urgences** (SAU, SMUR, UHCD).

## **2.3 – Responsables de ces différentes structures :**

### ***2.3.1. – Les chefs de pôle***

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur pour une période de quatre ans renouvelable.

Le directeur nomme les chefs de pôle clinique ou médicotechnique sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la Commission Médicale d'Etablissement.

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

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

Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et dont la durée et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôle. Elle est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle.

Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget.

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

Il met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle.

Il assure comme les responsables de structures internes, la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont il a la responsabilité, et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

### **2.3.2. – Les responsables des structures internes/Chefs de service**

Conformément à l'article R6146-4 du code de la santé publique, les chefs de service et les responsables de structures internes ou d'unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médicotechnique sont nommés, après avis du chef de pôle, par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement.

Les chefs de service et les responsables de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable

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

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

Une indemnité de fonction est versée au chef de service. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Ils assurent comme les responsables de pôle, la mise en œuvre des missions assignées à l'unité fonctionnelle dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

## **2.4 - Corps médical : catégories**

### **2.4.1. - Praticiens hospitaliers :**

Décret n°2022-134 du 04 février 2022

Conformément au décret n°2022-134 du 5 février 2022 relatif au statut de praticien hospitalier, la quotité d'exercice du PH est désormais comprise entre 50% et 100%. Les candidats issus du concours national de PH sont nommés pour une période probatoire d'un an d'exercice effectif des fonctions, quelle que soit leur quotité de temps de travail. La demande de modification de cette quotité est exprimée par le praticien trois mois à l'avance. Elle est soumise à autorisation du directeur, après avis du chef de pôle et du chef de service

Les praticiens hospitaliers peuvent participer aux actions d'enseignement, de prévention et de recherche.

Les personnels médicaux à temps plein doivent, entre autres :

- assurer les services du matin et de l'après-midi
- participer aux services de gardes et astreintes
- effectuer, si besoin, les remplacements imposés par divers congés
- assurer la permanence médicale des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical
- participer aux jurys de concours et d'examens organisés par le Ministère de la Santé, ainsi qu'à l'enseignement et à la formation des personnels hospitaliers
- tenir un dossier individuel par malade et renseigner les documents nécessaires à l'évaluation de l'activité

Ils disposent de la possibilité d'exercer des activités non cliniques dans les conditions fixées par le décret n°2022-132 du 5 février 2022 portant diverses dispositions relatives aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

En cas d'exercice dans plusieurs établissements publics de santé, le praticien hospitalier ne peut désormais exercer que sous le statut de praticien hospitalier (R 6152-4).

Cela signifie qu'un PH ne pourra pas exercer en qualité de praticien contractuel dans un autre établissement public de santé.

Chaque responsable d'unité fonctionnelle établit annuellement un tableau de service nominatif précisant, pour chaque médecin, l'horaire hebdomadaire normal des différentes activités de soins, d'enseignement et de recherche. Il le soumet au directeur ou à son représentant pour accord.

#### **2.4.2. - Praticiens attachés :**

Articles R.6152-601 à R.6152-635 du CSP

Les praticiens attachés, nommés par le directeur, sont chargés de seconder le responsable de service et ses collaborateurs permanents dans les activités de diagnostic et de soins ou dans la mise en œuvre de techniques d'examens ou de traitements non habituellement pratiqués par les membres du personnel médical du service.

Les praticiens attachés, peuvent en plus de leurs obligations habituelles, être appelés, selon leur discipline et concurremment avec les autres praticiens de l'établissement :

- à participer aux différents services de gardes et astreintes de nuit, des dimanches et jours fériés
- à assurer les remplacements imposés par les différents congés ou absences exceptionnelles des praticiens de l'établissement
- à répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de leurs horaires normaux de service

Ils effectuent chaque semaine le nombre de demi-journées déterminé dans leur contrat.

#### **2.4.3. - Praticiens contractuels**

*Décret n°2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels*

Les nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels fixent des conditions communes de gestion des praticiens, mais contiennent aussi des droits et obligations spécifiques en fonction de 4 motifs de recrutement précisés à l'article R.6152-338 CSP :

1. Motif 1 : Pour des situations de remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité. Le contrat est conclu pour une durée initiale de six mois maximum. Il est renouvelable par période de six mois, dans la limite de deux ans au sein du même établissement.

2. Motif 2 : En cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soins. Le contrat est conclu pour une durée initiale de trois ans maximum, dans la limite maximale de six ans au sein d'un même établissement.

Ce type de recrutement doit être prévu par le CPOM (article R. 6152- 340).

3. Motif 3 : Pour recruter un praticien dans l'attente de son inscription sur la liste d'aptitude au concours de PH. Le contrat est conclu dans la limite maximale de trois ans.

4. Motif 4 : Pour développer l'offre de soins territoriale et les coopérations extrahospitalières avec la médecine de ville et les établissements de santé privés d'intérêt collectif et privé. Le contrat est conclu pour une durée initiale de trois ans maximum A l'issue d'un ou plusieurs contrats conclus pour une durée cumulée de trois ans, le contrat peut être renouvelé pour une durée indéterminée.



A compter d'une durée cumulée de six ans sur le même emploi dans le même établissement, le contrat devient un CDI. Un même praticien ne peut bénéficier de recrutements successifs au sein d'un même établissement en qualité de contractuel au titre des 1°, 2° et 3° de l'article R. 6152-338 que pour une durée maximale de six ans.

Les règles de droit commun des PH en matière de temps travail s'appliquent aux praticiens contractuels : obligations de service à dix demi-journées maximum, 48h par semaine au quadrimestre, repos quotidien, astreinte etc. (Art. R. 6152-350 à R. 6152-354).

Les niveaux « plancher » et plafond du service hebdomadaire varient selon le motif de recrutement (article R. 6152-349) :

- Au maximum égal à 10 demi-journées hebdomadaires pour les praticiens recrutés au titre d'un remplacement, ou d'un accroissement d'activité (motif 1) ou d'une difficulté de recrutement (motif 2)
- Le service hebdomadaire des praticiens recrutés en attente de leur inscription sur la liste d'aptitude au concours de PH est compris entre 5 et 10 demi-journées.
- Au maximum égal à 4 demi-journées, pour les autres situations (motif 4).

#### **2.4.4. - Assistants**

Des assistants peuvent être recrutés dans les conditions définies par les articles R.6152-501 à R.6152-541 du Code de la Santé Publique. Ils sont recrutés pour une durée d'un an renouvelable, mais sans excéder 6 ans. Ils sont employés à temps plein ou à temps partiel, mais doivent avoir effectué 2 années à temps plein avant de pouvoir prétendre à exercer à temps partiel.

#### **2.4.5. - Praticiens Associés**

*Décret n° 2021-365 du 29 mars 2021*

Le statut de praticien associé, prévu au nouvel article R. 6152-901 du code de la santé publique (CSP), s'applique aux médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens titulaires de diplômes obtenus dans un Etat non-membre de l'UE et non-inscrits à l'ordre français des professions concernées, ou dans un Etat membre de l'UE mais non conformes à la directive 2005/36/CE ainsi que les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens titulaires d'un diplôme obtenu dans la province de Québec.

Il précise que le statut de PA s'applique :

- Aux praticiens qui sont tenus d'accomplir un parcours de consolidation des compétences (PCC) ou un stage d'adaptation, conformément aux procédures de reconnaissance des diplômes acquis en dehors des facultés françaises.
- Aux praticiens mentionnés aux articles R. 4111-38 et R. 4221-14-6 du code de la santé publique, soit Les médecins ou chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme de spécialité permettant l'exercice effectif et licite de la spécialité dans leur pays d'origine venant effectuer, dans le cadre d'un accord de coopération bilatéral avec la France ou d'un accord de coopération mentionné à l'article L. 4111-1-2 du CSP, une formation complémentaire dans leur discipline ou leur spécialité,
- Aux réfugiés, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial ou de la protection subsidiaire et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises, titulaires d'une autorisation temporaire d'exercice et d'un diplôme permettant l'exercice de leur spécialité dans leur pays d'origine.

Pour effectuer leur parcours de consolidation ou leur stage d'adaptation, les praticiens associés sont affectés dans un établissement de santé par le Directeur Général du CNG ou par le Directeur Général de l'ARS.

Les praticiens associés relèvent de leur établissement d'affectation pour les actes de gestion relatifs à la rémunération, au temps de travail, aux congés et à la discipline.

#### **2.4.6. – Internes et résidents :**

Articles R.6153-1 à R.6153-91 du CSP

Les internes remplissent leurs fonctions sous l'autorité du responsable du chef de service. Leurs obligations normales de jour sont de onze demi-journées par semaine. Les internes et résidents bénéficient d'autorisations d'absence dans le cadre de leur formation.

Les internes, résidents et faisant fonction d'internes affectés dans les services cliniques participent à la visite et à la contre-visite des malades.

Ils participent aux services de gardes et astreintes et dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue du responsable de service ou de l'un de ses collaborateurs, docteurs en médecine.

En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des opérations ou interventions que dans les conditions précisées à l'article 2.9 ci-après.

Les internes, résidents et faisant fonction d'internes, affectés dans les services de laboratoire et d'électroradiologie, sont chargés, par le responsable de l'Unité Fonctionnelle, de l'exécution des analyses et examens complémentaires demandés par les autres services, tant pour le diagnostic que pour le traitement des malades.

Au Centre Hospitalier Alès-Cévennes, les internes et résidents participent, avec les assistants et praticiens attachés associés, à une garde de premier niveau qui couvre l'ensemble des sites du centre hospitalier.

#### **2.5. – Pharmacien :**

Article L.5126-5 du CSP

Le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur est responsable du respect des dispositions ayant trait à l'activité pharmaceutique.

Les pharmaciens exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur doivent exercer personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des personnes autorisées au sens du titre IV du livre II de la partie IV ainsi que par d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont attachés à la pharmacie à usage intérieur à raison de leurs compétences, pour remplir les missions décrites au présent chapitre. Ces personnes sont placées sous-l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.

#### ***Activités obligatoires :***

- la gestion, l'approvisionnement, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments produits ou objets mentionnés à l'article L.4211-1 ainsi que des dispositifs médicaux
- la réalisation des préparations magistrales à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques
- la division de produits officinaux

#### ***Activités soumises à Autorisation réalisées au CH Alès-Cévennes:***

- la stérilisation des dispositifs médicaux (DM)
- la préparation de médicaments contenant des substances dangereuses pour le personnel et l'environnement
- la vente au public (rétrocession)

La pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement où elle est créée et notamment :

- d'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi que des dispositifs médicaux stériles et, le cas échéant, des médicaments expérimentaux tels que définis à l'article L. 5121-1-1 et d'en assurer la qualité

- de mener ou de participer à toute action d'information sur ces médicaments, matériels, produits ou objets, ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles

- de mener ou de 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

## **2.6. - Sages-femmes :**

Article L.6146-7 du CSP

Les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence. Elles participent à leur évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du pôle d'activité clinique ou médicotechnique.

## **2.7. – Organisation :**

Le tableau de service est arrêté avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant, par le directeur, sur proposition du responsable de l'unité fonctionnelle conformément à l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique arrêtée annuellement par le directeur après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.

## **2.8. - Interventions chirurgicales**

### ***2.8.1. Les différents intervenants***

Les chirurgiens - praticiens hospitaliers, praticiens adjoints contractuels et attachés - doivent procéder eux-mêmes à toutes les opérations.

Toutefois, les internes, les résidents et faisant fonction d'internes peuvent se voir confier par le praticien hospitalier responsable du service certaines opérations ou interventions, mais à la condition qu'une telle délégation ne soit pas exclue par la gravité de l'acte et que le responsable du service s'en soit assuré au préalable. Dans chaque cas et sous sa responsabilité, l'autorisation exceptionnelle ainsi donnée n'est susceptible de porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre d'un service hospitalier public.

### ***2.8.2. Le conseil du bloc opératoire***

Le conseil du bloc opératoire veille à l'application de la charte du bloc opératoire. Il est composé de personnels médicaux et soignants.

Sa composition est la suivante :

- le chef du Pôle Chirurgie-Mère-Enfant
- le médecin responsable du Bloc
- le médecin responsable du service anesthésie
- le cadre supérieur du Pôle Chirurgie-Mère-Enfant
- le cadre du bloc opératoire
- un représentant de chaque catégorie (IADE, IBODE, AS)
- un(e) secrétaire
- un représentant de l'équipe de direction
- le Président de la CME

## **2.9. - Visite médicale quotidienne**

Les visites dans les services d'hospitalisation sont réalisées quotidiennement.

Les dimanches et jours fériés, la continuité des soins est organisée dans le cadre des gardes et astreintes médicales.

## **2.10. - Permanence médicale des soins – Permanence sur place ou d'astreinte**

Le service de permanence sur place ou d'astreinte a pour objet d'assurer, pendant chaque nuit et pendant la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

Le système de garde ou d'astreinte de nuit débute à 18h30 et s'achève à 8h30 le lendemain. Le samedi est un jour ouvrable, l'astreinte du week-end commence le samedi à 12h30.

Les dimanches et jours fériés, le service de garde commence à 8h30 et s'achève à 8h30 le lendemain.

Pour les astreintes du Laboratoire et de la Pharmacie la période de permanence des soins est comprise :

-du lundi au vendredi de 18h00 à 8h00 le lendemain

-le samedi de 12h00 à 8h00 le lendemain

-le dimanche et les jours fériés de 8h00 à 8h00 le lendemain

L'organisation générale de la permanence des soins est arrêtée par le directeur du Centre Hospitalier après avis de la Commission Médicale d'Etablissement sur proposition de la commission de l'organisation et de la permanence des soins.

Les médecins en permanence sur place sont appelés exclusivement au moyen d'un téléphone portable qui leur est attribué.

Les médecins en astreinte à domicile sont appelés par l'intermédiaire du standard de l'hôpital qui centralise tous les appels des unités fonctionnelles.

## **2.11. - Activité libérale**

Articles L.6154-1 à L.6154-7 du CSP

Certains membres du corps médical ont la possibilité d'exercer une activité libérale. Celle-ci est réglementée. Elle est réservée aux praticiens hospitaliers exerçant au minimum huit demi-journées par semaine dans les établissements publics de santé. Ils sont autorisés à exercer une activité libérale, laquelle doit être matérialisée par un contrat d'activité libérale soumis aux instances de l'établissement.

Cette activité fait l'objet d'un contrôle annuel par la commission de l'activité libérale. Le tarif pratiqué par le praticien, dans le cadre de cette activité doit être affiché dans la salle d'attente du service.

Le temps consacré à ces activités est porté sur le tableau de service. La durée de l'activité libérale ne peut pas excéder 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle est astreint le praticien.

## **2.12. – Demi-journées d'activité d'intérêt général**

Article R.6152-30 du CSP

Les praticiens hospitaliers peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé, sur proposition du chef de service ou, à défaut, du responsable de la structure interne et après avis du chef de pôle, exercer des activités externes à l'établissement d'affectation dans la limite de :

- deux demi-journées maximum par semaine en moyenne sur le quadrimestre pour les praticiens exerçant à temps plein
- une demi-journée par semaine en moyenne sur le quadrimestre pour les praticiens exerçant à raison de huit ou neuf demi-journées par semaine

Ces activités doivent présenter un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, dont les établissements publics de santé, auprès d'établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier, auprès d'un hôpital des armées ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation.

Le temps consacré à ces activités est porté sur le tableau de service.

## **2.13. - Département d'information médicale**

### ***2.13.1. - Fonctionnement***

Le département d'information médicale est un service hospitalier chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Le département d'information médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information. Le médecin chef de chaque service ou département est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. Il est destinataire de toutes les données statistiques concernant son service.

Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation.

Le médecin responsable de l'information médicale transmet à la Commission Médicale d'Établissement et au directeur de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales.

Le département d'information médicale est régi par un règlement intérieur voté par le Conseil de surveillance, après avis de la Commission Médicale d'Établissement, et modifié selon les mêmes formes.

### ***2.13.2. - Traitement automatisé des informations nominatives - droits d'accès***

Le Centre Hospitalier Alès-Cévennes recourt aux traitements automatisés d'informations nominatives dans le cadre de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Les informations sur le traitement des données doivent être actualisées au regard du RGPD. Il appartient au propriétaire du traitement de s'assurer de la conformité et d'informer le DPO.

Le droit d'accès s'exerce dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements mis en œuvre.

Toute modification des droits d'accès doit être autorisée par le directeur ou son représentant (directeur des ressources logistiques et techniques), chargé des relations avec la C.N.I.L.

De plus, le patient a la possibilité d'accéder à son dossier administratif informatisé comme le prévoit la loi du 17 juillet 1978 modifiée.

## **3. – DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES**

### **3.1. - Dispositions générales**

#### ***3.1.1.- Principe du libre choix du malade***

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

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence, les contraintes liées à l'organisation du service et par les disponibilités en lits de l'établissement conformément aux tableaux de service.

#### ***3.1.2. - Accès aux soins des personnes démunies***

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent à l'hôpital.

L'établissement a mis en place, en conséquence, une permanence d'accès aux soins de santé adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

#### ***3.1.3. - Livret d'accueil***

Le livret d'accueil contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du Centre Hospitalier Alès-Cévennes. Il est remis à chaque patient lors de son admission. Il est disponible sur le site internet de l'établissement.

#### ***3.1.4. - Mode d'admission***

L'admission au Centre Hospitalier Alès-Cévennes est prononcée par le directeur ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

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

Si la personne qui doit être admise ne peut fournir les renseignements sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour sont remboursés à l'établissement, elle doit verser une provision correspondant au montant prévisionnel de ces frais de séjour.

#### ***3.1.5. - Décision préfectorale***

En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Préfet.

### **3.1.6. - Admissions en urgence**

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

### **3.1.7. - Transfert après premiers secours ou admission**

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

- un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, faute de place disponible malgré une organisation en mode dégradée

Le directeur ou son représentant doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

### **3.1.8. - Information à la famille et aux proches**

Toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille ou les proches des malades ou blessés hospitalisés en urgence soient prévenus, sous réserve de l'accord du patient, par le cadre de santé ou l'infirmier(e) responsable du malade, dans le respect des dispositions qui suivent.

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications médicales - telles que diagnostic et évolution de la maladie - ne peuvent être communiquées que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par les cadres de santé et infirmier(es) diplômé(e)s d'Etat aux membres de la famille. Le patient ou son représentant légal désigne la ou les personnes qu'il souhaite voir informées.

### **3.1.9. - Refus de soins et d'hospitalisation d'un malade**

Tout malade ou blessé qui refuse les soins ou de rester dans l'établissement, ou les deux, et qui a reçu toutes les informations nécessaires sur son état de santé, notamment des risques encourus, doit signer une attestation établissant qu'il a eu connaissance des conséquences possibles traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal de refus est dressé mentionnant les risques encourus, sauf si des raisons réglementaires s'y opposent (mineurs, certains majeurs protégés, hospitalisations sans consentement).

### **3.1.10. - Dépôts et retrait des objets de valeur**

La possibilité de déposer des biens de valeurs pour l'utilisateur hospitalisé fait référence à la loi du 6 juillet 1992, au décret du 27 mars 1993 et à la circulaire interministérielle du 27 mai 1994, relatifs à la gestion des dépôts et/ou retraits effectués par des personnes admises dans les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux.



À cet effet, des règles précises définissent ces dépôts ainsi que leur retrait. Sont dénommés biens de valeur:

- les sommes d'argent
- les titres et valeurs mobilières
- les moyens de règlement
- les bijoux et objets précieux de petite dimension dont la nature justifie la détention par la personne (briquets de valeur, boutons de manchette...)

Au terme de l'article R 1113-2 du Code de la Santé Publique, seul le comptable est habilité à recevoir en dépôt ces biens.

Lors de l'admission, l'utilisateur est informé des possibilités et des formalités de dépôt de biens. Le reçu attestant de son information et de son choix est, après signature, archivé dans son dossier médical. Ces informations sont transmises à l'utilisateur par les intervenants suivants :

**-Le bureau des entrées** : au moment des formalités d'admission. En cas de besoin, le dépôt est pris en charge par la régie de dépôt de l'établissement

**-Le personnel des urgences**, dès la prise de décision d'hospitalisation **ou pour les patients confus dès l'accueil au service des urgences**. Un inventaire est alors réalisé par le cadre. Le sac contenant les effets personnels ainsi que l'inventaire seront identifiés et placés dans un sac étiqueté contenant les vêtements du patient

**-La secrétaire ou l'infirmière du service HPDD** au moment de la programmation de l'hospitalisation. Le patient est invité à prendre ses dispositions pour être en possession seulement des affaires nécessaires à son hospitalisation

Les valeurs déposées à la régie du CH Alès-Cévennes doivent être récupérées au CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES- Trésorerie Municipale - 11 chemin Espineaux - 30340 St Privat des Vieux.

### ***3.1.11. - Responsabilité de l'établissement***

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus, que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.

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

## **3.2. - Dispositions particulières**

### ***3.2.1. - Consultations externes en activité libérale***

Les consultations publiques demeurent la règle générale ; en outre, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers.

Le patient, en consultation externe, doit être informé des conditions particulières de ces consultations privées, du montant des honoraires, du mode de paiement et exprimer son choix pour ce mode de consultation.

### ***3.2.2. - Prise en charge des frais d'hospitalisation***

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.

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier et éventuellement le ticket modérateur, restent à la charge de l'hospitalisé sous réserve des accords de tiers payant conclus entre l'établissement et les mutuelles ou complémentaires privées.

Si le malade admis dans l'établissement ne relève d'aucun organisme social, il peut être tenu d'acquitter, auprès du Trésorier principal, le montant d'une provision correspondant à la durée prévue de son hospitalisation.

Ce versement est alors effectué lors de l'admission, et vient en déduction sur le titre de recettes correspondant au séjour.

### **3.2.3. - Femmes enceintes**

#### *3.2.3.1. - Admissions*

Le directeur ou son représentant ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission d'une femme enceinte ou récemment accouchée dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement et dans le mois qui suit l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement. L'admission relève du point 3.2.2 ou du point 3.2.7 sauf dans le cas suivant :

#### *3.2.3.2. - Hospitalisation sous X*

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, dans les conditions prévues au Code de la famille et de l'aide sociale, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise ; cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans une maison maternelle du département ou dans celles avec lesquelles le département a passé une convention.

Le directeur ou son représentant (la sage-femme ou l'assistante sociale) doit alors informer de cette admission le Directeur de l'ARS.

### **3.2.4. - Militaires**

#### *3.2.4.1. - Admission hors les cas d'urgence*

Les militaires sont hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par l'article 21 du décret n° 74.431 du 14 mai 1974.

#### *3.2.4.2. - Militaires - Admission en urgence*

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

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

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

### **3.2.5. – Mineurs**

#### **3.2.5.1. – Autorisation parentale :**

Elle est normalement nécessaire aux différents niveaux (admission, soins, acte opératoire, sortie). A titre tout à fait exceptionnel, dans certains cas où les parents, qui auront été contactés par téléphone, ne peuvent se déplacer, il pourra être admis qu'une autorisation parentale confirmant leur accord soit transmise à l'établissement par télécopie ou par email. La procédure à utiliser est décrite dans le cahier de garde des cadres et directeurs.

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

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

#### **3.2.5.2. – IVG :**

Une femme mineure non émancipée peut garder le secret vis à vis des titulaires de l'autorité parentale, ou du représentant légal, lorsqu'elle veut pratiquer une interruption volontaire de grossesse. Dans ce cas, elle peut se faire accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

#### **3.2.5.3. - Admission**

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande du père et de la mère, du tuteur légal, de l'autorité judiciaire ou de l'aide sociale à l'enfance.

#### **3.2.5.4. - Autorisation d'opérer - Refus de soins**

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

Toutefois, en cas d'intervention chirurgicale, l'autorisation écrite des parents ou du détenteur de l'autorité parentale est exigée. Des procédures, afin de s'assurer de cette autorisation, peuvent être mises en œuvre, par exemple, un fax certifié conforme via le commissariat de police est recevable. En cas d'acte usuel, la présomption de l'article 372-2 du code civil joue et l'un des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre. En cas d'acte non usuel, le consentement conjoint des deux titulaires de l'autorité parentale est nécessaire.

Si les parents ou tuteur sont défailants, par leur refus ou par l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de signer l'autorisation d'opérer, le directeur ou son représentant (directeur d'astreinte) saisit le Procureur de la République afin de provoquer une mesure d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent.

Une confirmation écrite de cet accord sera demandée au magistrat.

Dans un cas d'extrême urgence, le(s) médecin(s) prodiguent les soins nécessaires au patient mineur.

#### ***3.2.5.5. - Mineur relevant d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance***

Lorsque le mineur relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur ou son représentant (directeur d'astreinte) adresse sous pli cacheté dans les 48h de l'admission au médecin référent du Service de l'Aide Sociale à l'Enfance concerné, le certificat confidentiel du médecin responsable d'unité fonctionnelle indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

#### ***3.2.5.6. - Accompagnants***

Le directeur ou son représentant (cadre de santé), à la demande des médecins, peut autoriser le père ou la mère de famille à rester toute la journée et à passer la nuit auprès de son enfant, dans la mesure où les conditions de l'hospitalisation le permettent.

Des chambres parent-enfant sont notamment offertes aux usagers à l'intérieur du service de pédiatrie.

#### ***3.2.6. Majeurs protégés - Gestion des biens***

Les biens des majeurs protégés au Centre Hospitalier sont administrés dans les conditions prévues par les articles 490 et suivants du Code Civil et par les décrets 69-195 et 69-196 du 15 février 1969.

#### ***3.2.7. - Etrangers - Admission***

Les étrangers sont admis au Centre Hospitalier Alès-Cévennes dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

Ils doivent, s'ils ne fournissent pas un justificatif de prise en charge (carte d'assurance maladie de l'Union Européenne), verser la provision pour frais d'hospitalisation prévue à l'article 3.2.2.

#### ***3.2.8. - Malades toxicomanes - Secret de l'hospitalisation à la demande de l'hospitalisé et admission***

Le malade toxicomane qui se présente spontanément dans un établissement hospitalier afin d'y être traité peut, s'il le demande expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. 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 les textes réglementaires.

#### ***3.2.9. - Maladies à déclaration obligatoire (MDO)***

Ces MDO font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés dans les cas suivants :

- maladies nécessitant une intervention urgente locale, nationale ou internationale
- maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique.

### **3.2.10. - Admissions en psychiatrie**

Les admissions en psychiatrie obéissent à des règles spécifiques. Plusieurs cas de figure sont à distinguer selon le demandeur de l'admission. La règle est l'hospitalisation libre. Dans ce cas, l'admission est demandée ou acceptée par le patient lui-même.

Il existe également des modalités de soins psychiatriques sous contrainte, en application de la loi du 5 juillet 2011 modifiée en 2013. Ils s'appliquent dans le cas d'une personne qui présente essentiellement un danger pour elle-même, le médecin préconise une hospitalisation si la personne la refuse.

Il existe trois modalités d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) : procédure normale, urgente ou en péril imminent (sans tiers).

Lorsque la personne présente un danger, non seulement pour elle-même mais également pour autrui, et trouble l'ordre public (dégradation des biens publics...), elle peut être hospitalisée à la demande du représentant de l'Etat. Cette mesure de contrainte nécessite un certificat médical émanant d'un médecin non psychiatre de l'établissement et un arrêté municipal délivré, au vu de ce certificat. Le préfet établit l'arrêté en conséquence.

### **3.2.11. – Accès aux soins palliatifs**

Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement dédié.

Le Centre Hospitalier Alès-Cévennes met en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert. Une équipe mobile de soins palliatifs intervient à l'intérieur du centre hospitalier, dans les établissements du bassin, et à domicile.

## **3.3. - Conditions de séjour**

### **3.3.1. - Information du malade sur les soins et sur son état de santé**

Toute personne a le droit d'être informée de son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention 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.

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.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

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.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé ; à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à des informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaires au plus tard dans les huit jours suivant sa demande (accompagnée de pièces requises), et au plus tôt, après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

### **3.3.2 - La personne à prévenir**

Il est recommandé au patient de choisir une personne à prévenir au cours de l'hospitalisation dès son admission au CHAC. La personne à prévenir peut être contactée par l'équipe médicale et soignante au cours du séjour pour des échanges d'ordre organisationnel ou administratif concernant ce patient (transfert vers un autre établissement, fin du séjour et sortie de l'établissement).

### **3.3.3 - La personne de confiance**

Tout patient hospitalisé majeur peut désigner une personne de confiance (parent, proche, médecin...) au cours de son séjour au CHAC.

Un formulaire écrit cosigné du patient et de la personne de confiance désignée est nécessaire : un formulaire est prévu à cet effet, à positionner dans le dossier du patient.

Le patient peut, à tout moment, révoquer la personne de confiance ou la remplacer par une autre : la traçabilité de la révocation de la personne de confiance figure sur le même formulaire que sa désignation, et doit être signée par le patient.

La personne de confiance peut accompagner le patient dans ses démarches, assister à ses entretiens médicaux et prendre connaissance de son dossier médical en présence du patient. Elle peut aider le patient dans ses décisions concernant sa santé.

Dans le cas où, au cours de son hospitalisation, le patient n'est plus en capacité de donner son avis ou de prendre des décisions, l'équipe soignante consulte en priorité la personne de confiance désignée par lui.

### **3.3.4 - Directives anticipées**

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle ne serait plus en mesure un jour d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus du traitement ou d'actes médicaux.

L'équipe soignante recherche, dès l'entrée du patient, l'existence ou non de directives anticipées rédigées et en consigne l'existence et comment y accéder (personne qui les détient ou lieu de rangement).

Si le patient n'a pas rédigé de directives anticipées, l'équipe soignante le lui propose et lui apporte son aide autant que de besoin. Deux formulaires sont disponibles pour cela : un formulaire pour les

patients ayant une maladie grave ou en fin de vie, et un formulaire pour les patients ne présentant pas de maladie grave.

L'équipe soignante recommande au patient de transmettre ses directives anticipées à la personne de confiance.

Les directives anticipées sont valables sans limite dans le temps et le patient peut les réviser ou les révoquer à tout moment.

Elles s'imposent au médecin sauf en cas d'urgence, ou si elles apparaissent inappropriées. Une procédure collégiale doit alors l'acter et figurer dans le dossier du patient.

### **3.3.5. - Information de la famille et des proches**

Dans chaque service, les médecins doivent recevoir les familles et proches des hospitalisés, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures, portés à la connaissance des malades et de leur famille ou leurs proches. Les informations concernant le patient sont délivrées sous la réserve de l'accord du patient (cf. point 3.1.8)

### **3.3.6. - Modalités d'exercice du droit de visite**

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

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service ou d'un établissement du Centre Hospitalier Alès-Cévennes sans l'autorisation du directeur ou de son représentant qui sollicite, si besoin est, l'avis du ou des chefs de service concernés.

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

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

**Les associations et organismes qui envoient auprès des malades des visiteurs bénévoles doivent, préalablement, obtenir l'agrément de la Direction. Leurs représentants doivent porter un badge distinctif.**

Les malades peuvent demander au cadre de santé du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte du Centre Hospitalier Alès-Cévennes, à l'exception des chiens d'aveugles, qui peuvent accompagner leur maître, lorsque celui-ci vient pour des soins, jusque dans les halls d'accueil.

### **3.3.7. - Comportement des visiteurs**

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le directeur ou son représentant, après avis du responsable de l'unité de soins.

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



Les visiteurs (et les malades) ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni tabac, ni médicaments.

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

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte. Ils doivent également éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Leur comportement ou leurs propos ne doivent pas être une gêne pour les malades ou pour le fonctionnement du service. Ils doivent s'abstenir de fumer dans l'ensemble des locaux et ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores.

Les téléphones portables doivent rester en veille pour ne pas perturber la tranquillité des patients.

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

### **3.3.8. - Horaires des visites**

Les visites aux hospitalisés ont lieu, de 12h à 20h, tous les jours. Cependant, les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires en fonction des nécessités du service.

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

### **3.3.9. - Horaires des repas - Repas aux accompagnants**

Le petit déjeuner est servi entre 7h30 et 8 heures ; le déjeuner à partir de 12h ; le dîner est servi à partir de 19h.

Les proches des personnes hospitalisées ont la possibilité de prendre leur repas dans le service en le commandant auprès du personnel soignant.

- La vente des tickets «repas accompagnants» s'effectue à la régie du bureau des entrées (hall d'entrée) du lundi au vendredi, de 8h à 18h. Les samedis, dimanches et jours fériés, un engagement à payer est signé par la personne dans le service.
- Les « repas accompagnants » doivent être commandés au plus tard à 10h pour le déjeuner, à 17h pour le dîner. Les proches arrivés après 10h les jours ouvrés ont la possibilité de déjeuner au restaurant du personnel en fournissant un ticket repas à la caisse du self. Les repas peuvent être également pris à la boutique située dans le hall d'entrée.

Dans les chambres, la nourriture provenant d'une autre cuisine que celle de l'hôpital est interdite pour des raisons d'hygiène et de sécurité alimentaires.

### **3.3.10. - Détermination des menus**

Les menus sont arrêtés chaque semaine par la diététicienne de l'Unité de Production Culinaire et sont communiqués à chaque service.

Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

### **3.3.11. - Déplacement et comportement des hospitalisés - Désordres**

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans autorisation d'un membre du personnel soignant ; ils doivent être vêtus d'une tenue décente.

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

Le comportement ou les propos des hospitalisés ne doivent pas constituer 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.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions évoquées précédemment.

### **3.3.12. - Hygiène à l'hôpital**

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

### **3.3.13. - Effets personnels - Jouets personnels**

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital :

- leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc.),
- leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc.).

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

Les jouets appartenant aux enfants, ou qui leur sont apportés, ne doivent leur être remis qu'avec l'accord du cadre de santé.

### **3.3.14. - Interdiction de fumer**

Par mesure d'hygiène et de sécurité et selon les termes de l'article 16 de la loi n°76.616 du 9 juillet 1976, du décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 et de l'article 28 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 interdisant l'usage de la cigarette électronique, il est strictement interdit de fumer ou de vapoter dans l'ensemble des locaux de l'établissement, hormis au sein des zones réservées à cet effet lorsqu'elles existent et qu'elles sont signalées.

### **3.3.15. – Courrier**

Une boîte aux lettres de la poste est disponible dans le hall d'entrée.

### **3.3.16. – Télévision – Téléphone - Internet - Boutique**

Les patients ont la possibilité de récupérer des codes d'activation pour accéder au service télévisuel et de téléphonie de trois manières différentes :

- à la **boutique du relai H** situé dans le hall de l'hôpital (ouvert du lundi au vendredi de 8h à 19h, les samedis, dimanches et jours fériés de 10h à 18h)
- au **distributeur automatique** en libre-service également situé dans le hall de l'hôpital
- par téléphone** auprès de la société PASSMAN au 04.78.95.74.70

Les récepteurs de télévision, de radio ou d'autres appareils sonores ne doivent pas gêner le repos des patients.

Une boutique avec terrasse est ouverte dans le hall du lundi au vendredi de 8h à 19H, les samedis, dimanches et jours fériés de 10h à 18h. Journaux, magazines, restauration y sont en vente.

Concernant les patients hospitalisés en psychiatrie, des téléviseurs sont à disposition dans les espaces communs.

### **3.3.17. - Service social**

Un service social est à la disposition des hospitalisés et de leurs proches. Une permanence est assurée aux heures ouvrables. En outre, une assistante sociale peut se rendre au chevet du malade, à la demande de ce dernier.

### **3.3.18. - Exercice du culte**

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 de santé ou qui ont été signalés au service d'aumônerie du centre hospitalier.

Le service d'aumônerie du centre hospitalier tient ouvert, plusieurs heures chaque jour, un lieu de prière à la disposition de chacun. Le fonctionnement (heures d'ouverture, moments de recueillement, clé du lieu de prière, etc.) est affiché dans chaque chambre.

## **3.4. - Sorties**

### **3.4.1. – Préparation de la sortie**

Dès l'admission, la planification de la sortie est envisagée et actualisée au cours du séjour avec le service social.

### **3.4.2. - Autorisations de sortie**

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures sans découcher, ni atteindre les 48 heures.

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

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui sont impartis, l'administration le considère comme sortant et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

### **3.4.3. - Formalités de sortie**

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé n'impose plus son maintien dans l'un des services du Centre Hospitalier Alès-Cévennes, sa sortie est prononcée par le directeur ou son représentant, sur proposition du médecin responsable. Le directeur ou son représentant prononce la sortie du malade.

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

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

Toutes dispositions sont prises le cas échéant, sur proposition médicale, afin de faciliter le transfert de l'hospitalisé dans un établissement adapté à sa situation médicale ou médico-sociale.

En règle générale, la sortie des hospitalisés intervient en cours de matinée. Cependant, pour le bon fonctionnement des services et pour tenir compte de conditions particulières d'hospitalisation, des horaires différents peuvent être appliqués.

#### **3.4.4. - Sortie contre avis médical**

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées sans leur consentement, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'hôpital sous condition (voir 3.1.9).

Si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la personne hospitalisée, cette dernière n'est autorisée à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait. La sortie est alors prononcée par le directeur ou son représentant et par le médecin, par écrit, sur un document signé en double exemplaire et classé dans le dossier du patient.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par le médecin ou l'interne et un soignant.

En ce qui concerne les patients du service de psychiatrie, même si le patient est en soins libres, le psychiatre peut décider de demander des recherches s'il juge que la disparition du patient est inquiétante. Des recherches de proximité sont alors effectuées, avec l'aide du poste de sécurité du CHAC. Le cadre de l'unité, de nuit ou de garde, contacte par téléphone le commissariat d'Alès et leur transmet par courriel la fiche de signalement en hospitalisation libre demandant des recherches. Les proches du patient sont prévenus ainsi que l'administrateur de garde.

#### **3.4.5. - Sortie disciplinaire**

La sortie des malades peut également, hors le cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par une mesure disciplinaire.

Le directeur peut, avec l'accord du médecin chef de service, prononcer la sortie disciplinaire du patient dont le comportement nuit au bon ordre de l'établissement et créant un risque important pour la santé des tiers ou des professionnels.

Cette exclusion intervient, lorsque le patient, malgré les avertissements reçus, nuit à la sécurité de tous en ne respectant pas les dispositions du règlement intérieur de l'établissement et contrevenant aux règles élémentaires de respect des autres usagers.

#### **3.4.6. - Sortie après refus de soins**

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

Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé par le médecin ou l'interne et un soignant.

### **3.4.7. - Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation**

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

Le mineur n'a pas la capacité de signer une attestation s'il veut quitter l'établissement contre l'avis médical. Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant. Elle signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant par cette sortie ; si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé. Si cette demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le directeur ou son représentant saisit le Ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur.

### **3.4.8. - Sortie sans autorisation des malades (fugue)**

**Malade majeur** : si les recherches dans l'établissement restent vaines et si le médecin estime que l'état du malade permet sans danger cette sortie, ce dernier est déclaré sortant. Si le médecin estime que cette sortie sans autorisation met en danger l'intégrité physique du malade ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées auprès de la famille, puis, si nécessaire, par la police.

Si le malade présente un danger pour lui-même ou pour autrui, les documents sont envoyés à la préfecture et la police prévenue. Le directeur de garde est tenu informé de l'ensemble du déroulé de la procédure.

**Malade mineur** : la famille doit être immédiatement prévenue. Si la personne exerçant l'autorité parentale signe l'attestation prévue pour les sorties contre avis médical, l'enfant est déclaré sortant. A défaut, la police est alertée en vue d'effectuer les recherches nécessaires.

Si le malade ne regagne pas le service, un rapport sera adressé, dans les 24 heures. Le directeur ou son représentant doit être prévenu en temps réel des différentes étapes.

### **Sortie sans autorisation ou fugue d'un patient hospitalisé en psychiatrie**

Si des patients hospitalisés en soins sous contrainte (SDRE ou SDT) quittent le service de psychiatrie sans sortie autorisée ou ne regagnent pas l'unité de soins à l'heure prévue après une sortie autorisée, le service engage des recherches de proximité, avec l'aide du poste de sécurité du CHAC. Le cadre de l'unité, de nuit ou de garde contacte par téléphone le commissariat d'Alès et lui transmet par courriel la fiche de signalement « *fugue d'un patient de secteur de psychiatrie hospitalisé sans consentement* ». Les proches du patient, le tiers et l'administrateur de garde, ainsi que l'Agence Régionale de Santé sont prévenus.

### **3.4.9. - Sortie des nouveau-nés**

Sous réserve des cas particuliers 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.

### **3.4.10. - Sortie à domicile par transport en ambulance**

Si, lors d'une sortie à domicile, son état nécessite un transport (dûment constaté par une prescription médicale), que ce soit en véhicule sanitaire ou non sanitaire, le malade dispose du libre choix de l'entreprise de transport.

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

Si le malade n'exprime pas de choix, le Centre Hospitalier Alès-Cévennes transmet la demande de transport au SAGU (Service Ambulancier Gardois d'Urgence) précisant que le patient ne fait pas valoir son libre choix du transporteur. Les sociétés sont alors contactées à tour de rôle par le SAGU. Les frais occasionnés pourront être à la charge du malade, si ce dernier n'a pas de couverture sociale.

### **3.4.11. - Questionnaire de satisfaction**

Tout hospitalisé reçoit, avant sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Une fois complété, il convient de le remettre au personnel soignant. Le patient a également la possibilité de le compléter à son domicile et l'envoyer par la poste au CH d'Alès.

## **3.5. - Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades**

### **3.5.1. - Conservation du dossier médical**

Le directeur est responsable des archives médicales et de la conservation du dossier médical selon la réglementation en vigueur.

Depuis le décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 :

- **le dossier médical** doit être conservé **20 ans**, à compter de la date du dernier séjour/consultation externe du patient
- la mention des **actes transfusionnels** pratiqués est conservée pendant **30 ans** à compter de la date du décès

#### Cas particuliers

- le dossier médical **d'un mineur** dont le dernier séjour est intervenu avant ses 8 ans sera conservé jusqu'à ses **28 ans**
- le dossier médical d'un patient décédé dans l'établissement sera conservé **10 ans**. Avec présentation d'une preuve de décès hors établissement, le dossier médical sera conservé 10 ans si le décès est intervenu moins de 10 ans après sa dernière admission à l'hôpital

### **3.5.2. - Communication du dossier médical**

*"Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par des professionnels et établissements de santé..."* (Extrait de l'article L1111-7 du Code de la Santé publique – Loi du 4 mars 2002).

Délais légaux de transmission : 8 jours pour les considérations en hospitalisation datant de moins de 5 ans et 2 mois pour celles de plus de 5 ans.

### ❖ **Patient**

Le demandeur doit être le patient lui-même ou son tuteur.

En conséquence, les demandes provenant d'assureurs, d'avocats, d'autres professionnels de santé ou de toute autre personne ne sauraient être acceptées, sauf si ces personnes justifient d'un mandat du patient (autorisation écrite).

De même, si la demande exprimée par le patient fait suite à une injonction d'un assureur (par exemple), il importe que le médecin hospitalier qui lui remettra le dossier informe et conseille le patient afin que la transmission d'éléments médicaux ne lui soit pas préjudiciable.

### ❖ **Autorité parentale**

Par principe, les père et mère exercent en commun l'autorité parentale. La séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale.

Cependant, dans certains cas, l'exercice de l'autorité parentale appartient à un seul parent : en cas de reconnaissance par l'autre parent plus d'un an après sa naissance, en cas de décès ou sur décision de justice (jugement d'exercice unilatéral, de délégation ou de retrait d'autorité parentale).

### ❖ **Ayant droit**

La qualité d'ayant droit vise les successeurs du défunt au sens du code civil, c'est à dire :

- les héritiers selon l'ordre établi par l'article 734 du Code civil (conjoint survivant, enfants....)
- les légataires universels ou à titre universel

Depuis la loi du 26 janvier 2016, les concubins et les signataires d'un PACS ont la qualité de successeur légal.

L'accès au dossier médical des ayants droit est strictement encadré. Le décès d'une personne ne met pas fin aux mesures protégeant sa vie privée, ni au secret médical.

*L'article L. 1110-4 du Code de la Santé Publique dispose que l'accès au dossier médical par des tiers au patient décédé se justifie par la nécessité pour les ayants droit de «**connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits**».*

### **3.5.3. - Transmission du dossier médical**

Le demandeur choisit le mode de communication du dossier :

- la copie du dossier est remise au patient sur place après avoir réglé les frais engagés auprès de la Gestion Administrative des Patients
- par courrier, les frais de port sont à la charge du patient (envoi en recommandé contre remboursement)
- possible consultation gratuite des pièces sur place

### **3.5.4. - Information au médecin traitant**

#### **3.5.4.1. - Information médicale à l'arrivée du malade**

Le Centre Hospitalier Alès-Cévennes fait parvenir, au médecin désigné par le malade ou sa famille, une lettre lui faisant connaître la date, l'heure et le service d'admission du malade, l'invitant à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'en recevoir des nouvelles.

#### **3.5.4.2. - Information en cours d'hospitalisation**

En fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation, le médecin responsable du malade communique le plus rapidement possible au médecin désigné par le malade ou sa famille et qui en a fait la demande écrite, toute information relative à l'état du malade.

#### **3.5.4.3. - Information à la sortie du malade**

Le patient dispose, à sa sortie, des informations et documents nécessaires pour assurer la continuité de sa prise en charge.

Sous réserve de l'accord du malade, le médecin responsable adresse au médecin désigné par le malade ou sa famille, par voie postale et dans un délai maximum de 8 jours suivant la sortie du malade, une lettre l'informant de cette sortie, résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre, et lui précisant le lieu, les jours et heures auxquels il lui sera possible de prendre connaissance du dossier de l'intéressé.

Avant la sortie, l'information est faite au médecin traitant du retour à domicile du patient lorsque l'état de celui-ci requiert un suivi particulier.

#### **3.5.5. - Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale**

Le médecin traitant peut assister aux interventions chirurgicales que son patient aurait éventuellement à subir au cours de son hospitalisation, sous réserve de l'accord de celui-ci, et si les conditions d'hygiène et de sécurité le permettent.

#### **3.5.6. - Communications des résultats d'examens anatomo et cyto-pathologiques des malades hospitalisés et des consultants externes**

Les prélèvements sont effectués par les unités de soins, les blocs opératoires ou les consultations. Les résultats sont directement adressés aux médecins prescripteurs, et en aucun cas aux malades, conformément aux directives et recommandations propres à ces disciplines.

Les patients qui le souhaitent peuvent désigner tout médecin de leur choix qui recevra copie des résultats à condition que ce praticien figure dans l'annuaire des "Docteurs en médecine en exercice".

#### **3.5.7. - Communication des radiographies et examens d'imagerie médicale**

Les radiographies et autres examens d'imagerie médicale sont remis lorsque celui-ci en formule la demande au consultant externe.

Le consultant est invité à les conserver et les présenter lors des consultations futures.

Le patient pris en charge aux urgences, à condition d'en exprimer la demande (contre signature d'un écrit en attestant), peut se voir remettre le cliché original. Le service alors en conserve une copie du (des) cliché(s) remis afin de se prémunir contre tout éventuel contentieux ultérieur portant notamment sur l'interprétation des radiographies.

### **3.6 - Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés**

#### **3.6.1. - Constat du décès**

Le décès est constaté par un médecin. Un médecin ou médecin senior inscrit au tableau du conseil de l'ordre établit un certificat de décès.

Conformément à l'article 80 du code civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au bureau des entrées. Une copie est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie.



### **3.6.2. - Notification du décès**

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

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France : au consulat le plus proche,
- pour les militaires : à l'autorité hiérarchique compétente,
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'Aide sociale à l'enfance : au directeur de l'Action sanitaire et sociale,
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger : au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne gardienne du mineur.

### **3.6.3. - Déclaration d'enfant sans vie**

La déclaration « d'enfant sans vie » est établie conformément aux dispositions de la circulaire n°2001-876 du 30 novembre 2001. Cette déclaration est enregistrée à l'état civil.

### **3.6.4. - Indices de mort violente ou suspecte**

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

### **3.6.5. - Toilette mortuaire et inventaire après décès**

Lors du décès médicalement constaté, l'infirmier(e) ou l'aide-soignant(e) de service procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions convenables et dresse avec l'aide éventuelle du cadre et sous son contrôle, l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence d'au moins un témoin. Une copie est conservée au dossier ; l'autre est adressée aux proches désignés par le défunt.

L'inventaire, mentionné à l'alinéa précédent, est signé par le cadre de santé ou l'infirmier(e) et le témoin, puis remis dans les 24 heures avec les objets qui y figurent, soigneusement enveloppés, dans des sacs prévus à cet effet.

Ces biens usuels sont restitués aux ayants droit.

Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement qui les restitue aux ayants droits.

En cas de non-observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital.

Dans la mesure où les circonstances le permettent, les proches ont accès au défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire.

Les proches peuvent demander la présentation du corps au dépôt mortuaire de l'établissement.

En fonction des disponibilités, la famille peut demander la réalisation de soins de conservation par un thanatopracteur mandaté par les pompes funèbres.

### **3.6.6. – Sortie du corps du service**

#### **3.6.6.1. – Vers la chambre mortuaire**

Pour les décès survenus en psychiatrie, EHPAD et SSR, le transport de corps est effectué par les pompes funèbres de garde

Pour les décès survenus en MCO, le transport de corps est effectué par :

- l'agent du service mortuaire de 8h à 17h30,
- puis par les brancardiers jusqu'à 20h
- de 20h à 8h par le cadre de garde et/ou un agent du service concerné

Le séjour en chambre mortuaire est gratuit durant les 3 jours suivant le décès. Ce délai permet à la famille d'organiser les obsèques (par une société de pompes funèbres au choix des familles). Au-delà, les frais de chambre mortuaire sont à la charge de la famille (45€ par jour à compter du 4<sup>ème</sup> jour selon les tarifs applicables au CHAC en 2023).

#### **3.6.6.2. – Vers la chambre funéraire**

Le transport du corps dans une chambre funéraire située sur le territoire de la commune du lieu de décès ne peut être effectué que sur production d'un certificat médical constatant que le défunt n'est pas atteint de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par un arrêté du Ministre de la santé. Il appartient au médecin responsable du malade d'établir ce certificat.

L'admission en chambre funéraire doit intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès.

Elle a lieu sur la demande écrite, émanant de toute personne ayant qualité de pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile, ou du directeur.

En outre, si le corps doit être transporté dans une chambre funéraire hors de la commune du Centre Hospitalier dans lequel est survenu le décès, la personne ayant demandé l'admission en chambre funéraire doit solliciter une autorisation préalable de transport, auprès du Maire de la commune du lieu de décès.

Les dispositions ci-dessus ne visent que les transports vers une chambre funéraire, autre, que la chambre mortuaire de l'établissement.

#### **3.6.6.3. – Vers le domicile**

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée, du Centre Hospitalier à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille, doit être autorisé par le Maire de la commune d'ALES.

L'autorisation est subordonnée :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité de pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile
- à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne
- à l'accord écrit du directeur ou son représentant, si le corps doit être transporté hors de la commune et hors funérarium
- à l'accord écrit du médecin hospitalier responsable du malade
- à l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code civil relatives aux déclarations de décès. Si ces formalités ne peuvent être accomplies, le transport ne peut avoir lieu. Le corps est alors déposé à la chambre mortuaire de l'établissement.

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

- le décès soulève un problème médico-légal

- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du Ministre de la Santé, après avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France
- l'état du corps ne permet pas un tel transport

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

Le transport à résidence doit être effectué et achevé dans un délai maximum de 18h à compter du décès si le corps n'a pas subi des soins de conservation. Dans le cas où le corps a subi de tels soins, le transport doit être assuré et se terminer dans un délai de 36h à compter du décès.

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

### **3.6.7. - Transport de corps après mise en bière**

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

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

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

### **3.6.8. - Autopsie**

Elles peuvent être médico-légales ou scientifiques.

Les autopsies médico-légales sont exécutées sur réquisition du parquet, par deux médecins légistes experts près les tribunaux.

La demande, effectuée par le médecin, nécessite un accord préalable entre le médecin demandeur et le médecin anatomo-pathologiste.

Le protocole relatif aux demandes d'autopsies scientifiques, mis en place au CHU de Montpellier, est disponible dans le cahier de garde de direction et le cahier de garde des cadres de santé.

### **3.6.9. – Prélèvements d'organes :**

Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

Le Centre Hospitalier Alès-Cévennes s'est engagé dans le réseau régional REPRELAR, afin de favoriser l'information et la formation du personnel au recueil des consentements, et participer au recensement des refus.

### **3.6.10 - Inhumation**

Lorsque dans un délai de 10 jours maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'hôpital d'Alès fait procéder à l'inhumation. Si ce dernier n'a pas laissé de consignes, l'hôpital applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire en activité, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité sanitaire compétente.

Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques des différentes catégories d'hospitalisés sont prises en charge soit par les services d'Aide Sociale, soit par les organismes de Sécurité Sociale, soit par la commune ou l'Etat, soit par l'établissement ou la succession, sont déterminées par les lois et règlements en vigueur.

### **3.6.11 - Mesures de police sanitaire**

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers 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.

### **3.6.12 – Dispositions particulières en lien avec la sécurité**

Le directeur peut, en cas de menace terroriste, prendre des dispositions visant à prévenir les risques pour les usagers de l'hôpital. Dans ce cadre le directeur peut faire :

- contrôler les accès de l'hôpital
- limiter ou interdire certains accès
- renforcer la surveillance et le contrôle par tout moyen approprié et proportionné à la menace ou au risque. Il en informe les instances hospitalières et particulièrement la Formation Spécialisée dès lors que les mesures conduiraient à procéder à des contrôles des vestiaires ou véhicules des personnels.

### **3.7. - Afflux massif de victimes**

Selon la circulaire DGS/DUS/CORUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, qui a pour objet de construire une organisation apte à répondre à l'ensemble des situations de celles dépassant le cadre courant des alertes jusqu'aux crises majeures, le CHAC a rédigé un PSE (**Plan de Sécurisation d'Etablissement**).

La réponse à ces situations sanitaires exceptionnelles doit ainsi être portée par une organisation cohérente, structurée et réactive.

En cas de situation sanitaire exceptionnelle un plan d'organisation des secours d'urgences ou plan blanc est mis en place.

Il est destiné à faire face à une situation exceptionnelle ou à une activité supérieure à la capacité d'accueil de l'hôpital. Il doit permettre d'organiser l'accueil d'un afflux massif de victimes d'un accident, d'une catastrophe, d'une épidémie ou d'un évènement climatique ayant un impact majeur sur la santé.

Le plan blanc regroupe **les consignes d'organisation intra-hospitalière** pour cet accueil ainsi que les modalités de mise en place d'une cellule de crise.

Le plan blanc recense les moyens susceptibles d'être mobilisés et définit les conditions de leur emploi selon le niveau déclenché :

- niveau 0 tension sur les lits
- niveau 1 mise en place de lits surnuméraires
- niveau 2 déclenchement d'une cellule de crise hospitalière

**Le directeur ou son représentant déclenche le plan blanc** après avis du médecin référent des urgences et de la Direction des soins.

De manière générale, le Directeur procède à la formation des personnels aux consignes de sécurité et aux postures de prévention des risques. De même, il peut organiser des exercices régulièrement.

### **3.8 - Dispositions propres au pôle Personnes âgées**

#### **3.8.1. - Etablissements - Catégories d'hébergement**

##### **Présentation générale**

Le pôle personnes âgées dispose d'une capacité de 346 lits et places répartis sur cinq sites. Il accueille les personnes âgées quel que soit leur niveau d'autonomie en hébergement temporaire, définitif ou en accueil de jour.

L'admission est prononcée après examen d'un dossier médical et administratif soumis à la commission d'admission pluridisciplinaire qui se réunit de façon hebdomadaire. Elle a un rôle décisionnel pour l'admission et pour l'orientation du futur résident en fonction des places disponibles, de sa pathologie (et de son niveau de dépendance), de la spécificité de la prise en charge des résidents en fonction des sites, et du souhait du futur résident et de sa famille.

Lors de l'admission, le résident (ou sa famille ou son représentant légal s'il n'est pas en état d'exprimer son consentement) est invité à signer le contrat de séjour. En cas de refus, l'admission ne peut être prononcée.

##### **Le projet d'accompagnement personnalité : PAP**

Le terme de « projet personnalisé » qualifie la démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie (et/ou son représentant légal) et les équipes professionnelles.

Le PAP est un outil de coordination des actions de l'équipe pluridisciplinaire visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie. Il repose sur un dialogue permanent, un échange avec chaque résident et ses proches.

Il a pour objectif de garantir un accompagnement individualisé dans le respect, autant que possible, des habitudes de vie et des souhaits du résident. Il contribue à faciliter l'adaptation du résident. Il aide à définir l'ensemble des actions à mettre en œuvre pour préserver les capacités de la personne accueillie et maintenir la qualité des relations sociales en tenant compte de ses besoins, attentes et envies.

Il permet de décliner les modalités de la prise en charge individualisée du résident accueilli dans l'établissement et a pour objet de favoriser la qualité de vie des résidents. Ce projet rédigé est partagé par les personnels, les familles et les résidents.

Il est construit autour de valeurs et de critères de qualité de la prise en charge des personnes âgées en lien avec la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

#### **3.8.2. – Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)**

##### **Composition**

Le conseil de la vie sociale du Pôle Hébergement Personnes Agées est composé comme suit :

##### **Voix délibératives :**

- douze représentants des personnes accompagnées (six titulaires et six suppléants) élus par site et par vote à bulletin secret à la majorité des votants respectivement par l'ensemble des personnes accompagnées (en cas d'égalité, le choix se fait par tirage au sort)
- douze représentants des familles (six titulaires et six suppléants) élus par site et par vote à bulletin secret à la majorité des votants respectivement par l'ensemble des familles des personnes accompagnées (en cas d'égalité, le choix se fait par tirage au sort)
  - trois représentants des personnels désignés par les organisations syndicales représentatives de l'établissement
  - deux représentants du conseil de surveillance de l'établissement
  - le médecin responsable du pôle hébergement personnes âgées

### **Voix consultatives**

- le directeur du CHAC ou son représentant
- le cadre assistant de pôle
- un représentant de la ville d'Alès, commune d'implantation du Cantou et de la Rose des Vents
- un représentant de la ville de St-Christol-Lez-Alès, commune d'implantation des Cigales
- un représentant de la ville de Bagard, commune d'implantation des Quatre Saisons
- un représentant de la ville de Rousson, commune d'implantation du Castellas

### **Attributions**

Le Conseil de la Vie Sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment :

- droits et libertés des personnes accueillies
- organisation intérieure et vie quotidienne
- activités, animations socioculturelles
- les prestations proposées
- les projets de travaux et d'équipements
- la nature et le prix des services rendus
- l'affectation des locaux collectifs
- l'entretien des locaux
- les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture
- l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge

#### ***3.8.3. – Le Règlement de fonctionnement***

Un règlement de fonctionnement, spécifique au service des personnes âgées, est remis à toute personne accueillie ou à son représentant légal avec le livret d'accueil et le contrat de séjour. Ce document décrit dans son ensemble le fonctionnement des établissements et a pour objectif de fixer les règles de vie à l'intérieur des structures, de garantir les droits des personnes accueillies et les obligations et devoirs nécessaires au respect de vie collective au sein des établissements.

Il précise en particulier les modalités d'admission et de prise en charge, les relations avec l'extérieur (sorties, téléphone, culte, ...) et les règles de vie dans l'établissement.

#### ***3.8.4. – Le Contrat de séjour***

Un contrat de séjour définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement de la personne accueillie, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.

Il est conclu, lors de l'admission, entre le résident et l'établissement. Ce contrat comprend des éléments relatifs à l'admission, la description des prestations offertes par l'établissement, aux conditions financières du séjour, aux responsabilités respectives de l'établissement et du résident pour les biens et effets personnels, ainsi qu'aux conditions de résiliation du contrat.

#### ***3.8.5. – Charte des droits et libertés des personnes âgées***

Les personnes âgées qu'elles soient autonomes, en situation de handicap, ou de dépendance ont des droits et des libertés qui doivent être respectés par les professionnels, mais également par l'ensemble de la société. Plusieurs chartes visent à garantir ces droits et à préserver l'humanité et la dignité de la personne âgée, qu'elle vive à domicile ou réside en établissement d'hébergement. Les différentes chartes (charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante / charte des droits et libertés de la personne accueillie / charte de la bientraitance / charte des résidents et des visiteurs) sont affichées à l'entrée de chaque établissement et sont annexées au livret d'accueil.

## **4. - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL**

### **4.1. – Obligations**

#### ***4.1.1 – Nécessité de service***

Le centre hospitalier assure une mission de service public et il doit, à ce titre, organiser la permanence et la continuité des soins et des activités nécessaires à son fonctionnement et à l'accueil des patients à tout moment.

Chaque agent hospitalier se doit de participer à cette continuité.

#### ***4.1.2 - Respect des conditions réglementaires de travail***

Le personnel hospitalier doit se conformer aux dispositions du règlement intérieur et des règles relatives à la fonction publique hospitalière codifiées au travers de la loi portant droits et obligations des fonctionnaires.

Tout manquement expose aux sanctions administratives ou disciplinaires en vigueur.

#### ***4.1.3 - Assiduité et ponctualité du personnel***

Le personnel, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés (Art 28 de la Loi N° 83.634 du 13 Juillet 1983).

L'assiduité et la ponctualité du personnel médical et non médical, administratif, technique et ouvrier font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement du Centre Hospitalier.

Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois. Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents.

Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi et à une information immédiate des agents concernés par cette modification. (Art 13 du décret n°2002-9 du 04 janvier 2002).

#### ***4.1.4. - Exécution des ordres reçus***

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 dérober pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par dispositions législatives.

#### ***4.1.5. - Information du supérieur hiérarchique de tout incident***

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique des incidents ou événements indésirables dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Il doit également effectuer tout signalement d'événement indésirable par le biais du logiciel BLUEKANGO à sa disposition sur les ordinateurs.

#### **4.1.6. – Lanceur d'alerte**

Conformément à l'article 6 de la loi 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique, tout agent peut en qualité de lanceur d'alerte signaler ou divulguer, de bonne foi et sans contrepartie financière, des informations portant sur :

- un crime ou un délit ;
- une violation grave et manifeste de la loi ou d'un règlement ;
- une menace ou un préjudice grave pour l'intérêt général.

3 conditions préalables sont à respecter pour le lanceur d'alerte :

- Agir de manière totalement désintéressée
- Etre de bonne foi
- Et avoir eu personnellement connaissance des faits
- Absence totale de conflit d'intérêt

La procédure interne de recueil et de traitement des alertes est disponible dans l'intranet.

#### **4.1.7. - 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.

Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

#### **4.1.8. - Interdiction de pourboires**

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les malades, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt (article 50 du décret N°74-27 du 14 Janvier 1974).

#### **4.1.9. – Cumul d'activité des fonctionnaires**

Article R 6152-406

Les fonctionnaires peuvent être autorisés à cumuler une activité accessoire à leur activité principale, sous réserve que cette activité ne porte pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service, conformément aux conditions fixées au dernier alinéa du I de l'article 25 de la Loi du 13 juillet 83 et du Décret 2007-658 de mai 2007 modifié par le décret 2001-82 du 20 janvier 2011.

Sont interdites, y compris si elles sont à but non lucratif, les activités privées suivantes : la participation aux organes de direction de sociétés ou d'associations ; le fait de donner des consultations, de procéder à des expertises et de plaider en justice dans les litiges intéressant toute personne publique.

La prise d'intérêts, directe ou par personnes interposées, de nature à compromettre l'indépendance de l'agent, dans une entreprise soumise au contrôle ou en relation avec son administration d'appartenance. Le cas échéant devant une juridiction étrangère ou internationale, sauf si cette prestation s'exerce au profit d'une personne publique. La prise, par eux-mêmes ou par personnes interposées, dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle ils appartiennent ou en relation avec cette dernière, d'intérêts de nature à compromettre leur indépendance.



Par dérogation, un cumul d'activité peut être accordé par le Directeur de l'établissement pour créer ou reprendre une entreprise. Cette dérogation est ouverte pendant une durée maximale de trois ans à compter de cette création ou reprise et peut être prolongée pour une durée maximale d'un an. L'agent doit obtenir une autorisation de travail à temps partiel pour ce motif.

Une dérogation de cumul d'activité peut aussi être accordée pour les activités accessoires (exemple : expertise, consultation, enseignement, activités agricoles, etc.).

#### **4.1.10. - Identification du personnel**

Une identification du personnel a été instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte, selon les informations nominatives établies par la direction des ressources Humaines.

Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification mis en place dans un souci d'humanisation de l'établissement hospitalier et de meilleure sécurité de tous.

#### **4.1.11. - Tenue vestimentaire de travail / clé et badge**

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services du Centre Hospitalier doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement. Le trousseau est la propriété du GIP des Blanchisseurs Cévenols.

Chaque tenue est identifiée au nom du porteur et tracée (date d'entrée et de sortie de la blanchisserie) grâce à la puce radio fréquence incorporée dans le vêtement. Chaque agent est responsable de son trousseau tout au long de son exercice au Centre Hospitalier Alès-Cévennes. A son départ, il est **dans l'obligation de restituer tout son trousseau** au GIP des Blanchisseurs Cévenols.

De même, doivent être restitués au SSIAT les clés, les badges dont l'agent serait détenteur.

La tenue vestimentaire réglementaire doit être portée pendant toute la durée du service. Pour des raisons d'hygiène, les tenues sales doivent OBLIGATOIREMENT être déposées dans les sacs de linge sale du service afin qu'elles soient acheminées et traitées par la blanchisserie du GIP des Blanchisseurs Cévenols. Il est strictement interdit d'amener les tenues chez soi.

Les chaussures font partie intégrante de la tenue de travail. Elles doivent être exclusivement réservées à l'activité professionnelle, être fermées, protectrices, et antidérapantes. L'agent devra veiller à ce que l'usure des chaussures soit compatible avec les conditions d'hygiène requises en service.

Le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel et à l'extérieur du Centre Hospitalier lorsque le personnel n'est pas en service.

#### **4.1.12. - Tenue et comportement corrects exigés**

Une tenue correcte dans l'habillement, dans le langage comme dans les actes ainsi qu'une stricte hygiène corporelle sont exigées de l'ensemble du personnel (article 51 du Décret N°74-27 du 14 Janvier 1974).

La familiarité à l'égard des malades est formellement proscrite.

#### **4.1.13. - Lutte contre le bruit**

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins.

#### **4.1.14. - Interdiction de fumer et de vapoter**

En application de l'article 16 de la loi n°76.616 du 9 juillet 1976, du décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 et de l'article 28 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 interdisant l'usage de la cigarette électronique, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux de l'établissement, hormis au sein des zones réservées à cet effet lorsqu'elles existent et qu'elles sont signalées.

#### **4.1.15. – Repas**

Un restaurant du personnel est à disposition des agents de 11h30 - 14h30 du lundi au vendredi sauf jours fériés. Toute consommation de nourriture autre que celle servie au self est interdite dans la salle à manger du personnel. Les agents ne pouvant se rendre au self peuvent consommer dans les salles de pause les aliments qu'ils auront amené à cet effet depuis leur domicile. Il est interdit de consommer les repas et aliments prévus à destination des patients.

#### **4.1.16. – Dispositions relatives à l'alcool sur les lieux de travail**

L'introduction et la consommation d'alcool sur le lieu de travail est interdite. Toute personne en état apparent d'ébriété pourra être retirée de son poste de travail et se voir proposer un alcootest par le Directeur ou son représentant. L'agent a la possibilité de contester le résultat de l'alcootest en demandant une vérification du taux d'alcoolémie par prise de sang à la charge de l'employeur. Si l'agent refuse de se soumettre à l'alcootest, il y a présomption d'ébriété avec les conséquences disciplinaires que cela peut entraîner.

#### **4.1.17. Permis de conduire**

Tout membre du personnel amené à utiliser un véhicule de l'établissement doit être titulaire d'un permis de conduire valide. Il doit, dans ce cadre, informer la Direction des Ressources Humaines de toute mesure de suspension ou de retrait dont il serait l'objet.

En cas d'infraction au code de la route, entraînant une amende, avec un véhicule hospitalier, l'agent incriminé devra s'en acquitter.

L'arrêté du 15 décembre 2016 pris pour l'application de l'article L.121-6 du code de la route dispose que l'agent est responsable des éventuelles infractions au code de la route qu'il pourrait commettre. Le directeur doit obligatoirement désigner l'auteur de l'infraction aux autorités compétentes s'agissant notamment des retraits de points sur le permis de conduire et supporter la perte de point associée, le cas échéant.

#### **4.1.18 - Téléphone portable**

L'usage du téléphone portable personnel pendant le service est strictement interdit. Il ne peut s'effectuer que pendant les pauses règlementaires et dans les lieux adaptés aux conversations personnelles.

#### **4.1.19. - Relations avec les usagers**

##### **4.1.19.1 - Comportement**

Les agents du CHAC doivent respecter la charte du patient hospitalisé.

A tous les échelons, le personnel s'efforcera d'assurer aux malades dont il a la charge le maximum de confort physique et moral.

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des malades ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier.

#### **4.1.19.2. - Liberté de conscience, d'opinion et principe de neutralité**

Les affichages, les mouvements et les réunions à caractère syndical du personnel sont proscrits dans les locaux utilisés par les usagers (perron, hall, couloirs, etc. ...).

Dans le domaine religieux, les malades peuvent participer à l'exercice de leur culte : ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration, la visite du ministre du culte de leur choix (article R 1112-46 du CSP).

En matière mortuaire, les familles des malades en fin de vie et des défunts se voient garantir la possibilité de procéder aux rites et cérémonies prévus par la religion de leur choix (Article R 1112.68 du CSP).

Tout prosélytisme concernant la religion est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du Personnel (charte du patient hospitalisé).

Le principe de neutralité s'impose à tout le personnel au sein d'un établissement public : il est interdit de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses croyances religieuses, notamment en portant un signe destiné à marquer son appartenance à une religion. Le non-respect de ce principe constitue un manquement à ses obligations et serait passible de sanction (circulaire DHOS/G N° 2005-57 du 02 février 2005).

#### **4.1.19.3. - Accueil**

Les familles seront accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

#### **4.1.19.4. - Respect du libre choix des familles**

Dans le cas où les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées (ambulances, pompes funèbres, taxis...), leur libre choix doit être préservé. Le personnel ne peut en aucun cas favoriser, recommander ou appeler une société particulière.

### **4.1.20. – Protection des professionnels de toute forme de harcèlement**

Aucun membre du personnel ne doit subir d'agissements ponctuels ou répétés de harcèlement moral ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à ses droits ou à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, de compromettre son avenir professionnel, et de dégrader ses conditions de travail.

Aucun membre du personnel ne doit subir une quelconque forme de harcèlement dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers.

La saisie de la cellule harcèlement du CHAC est possible à l'adresse [harcelement@ch-ales.fr](mailto:harcelement@ch-ales.fr). Il est également possible de joindre le psychologue du travail au 30 57 et le service de médecine préventive au 30 19.

En cas d'agression, il est nécessaire de faire établir un constat par un médecin.

#### **4.1.21. - Secret professionnel et médical**

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel, lequel doit veiller au respect de la vie privée du patient et au secret de l'ensemble des informations le concernant (Article 3 de la loi N° 2002-303 du 04 Mars 2002).

Le procureur de la République ou, sur autorisation de celui-ci, l'officier de police judiciaire, peut requérir de toute personne, de tout établissement ou organisme privé ou public ou de toute administration publique susceptibles de détenir des documents intéressant l'enquête, y compris ceux issus d'un système informatique ou d'un traitement de données nominatives, de lui remettre ces documents, sans que puisse lui être opposée, sans motif légitime, l'obligation au secret professionnel. Lorsque les réquisitions concernent des personnes mentionnées aux articles 56-1 à 56-3, la remise des documents ne peut intervenir qu'avec leur accord. En cas d'absence de réponse de la personne aux réquisitions, les dispositions du second alinéa de l'article 60-1 sont applicables. (Code de Procédure Pénale (Partie Législative) Article 77-1-1, Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 art. 18 2°, Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 art. 80 III, Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 art. 80 IV).

En l'absence d'opposition des malades, les indications d'ordre médical, tels que le diagnostic et l'évolution de la maladie ne peuvent être donnés que par les médecins dans les conditions fixées par le code de la déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être donnés par les cadres de santé.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations (Article L 1110-4 du CSP).

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droits, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès (Article L 1110-4 du CSP).

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à un patient, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible, dans la mesure où cet échange est dans l'intérêt du patient. (Article L 1110-4 du CSP).

Toute communication à des personnes étrangères à l'établissement, et notamment à des journalistes, agents d'assurance ou démarcheurs, est rigoureusement interdite.

#### **4.1.22. - Obligation de discrétion professionnelle**

Les agents doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les fonctionnaires ou agents publics contractuels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent (article 26 2ème alinéa de la Loi N°83.634 du 13 Juillet 1983).

#### **4.1.23. – Obligation de réserve**

Les agents doivent faire preuve de réserve et de retenue dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles et de son comportements.

#### **4.1.24. - Interdiction des réunions publiques au centre hospitalier**

Les réunions publiques sont interdites au Centre hospitalier, sauf autorisation expresse du directeur ou de son représentant.

#### **4.1.25. - Informatique**

Chaque agent est tenu de respecter les dispositions de la charte informatique.

#### **4.2. – Divers**

##### **4.2.1. - Accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires**

Les particuliers qui souhaitent effectuer des ventes dans les locaux réservés au personnel, sur les parkings ou à tout autre endroit doivent auparavant en demander l'autorisation à la direction.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par l'administration (article 46 du Décret N° 74-27 du 14 janvier 1974).

Ceux qui pénètrent sans autorisation du directeur dans les services et chambres dans l'intention d'y exercer leur activité doivent être immédiatement exclus par :

-le cadre du service

-l'équipe sécurité de l'hôpital sur ordre de la direction générale (ou du directeur de garde)

-la force publique

##### **4.2.2. – Accès aux entreprises extérieures au sein de l'établissement**

Un plan de prévention est rédigé et adressé aux entreprises extérieures intervenantes à l'intérieur et à l'extérieur des bâtiments occupés par le CHAC, pour le compte du CHAC et conformément au Code du Travail (la procédure est disponible sur l'intranet).

##### **4.2.3. - Effets et biens personnels - Responsabilité**

Chaque membre du personnel (médical ou non) est responsable de ses effets et biens personnels.

Les incidents pouvant être pris en charge par la compagnie d'assurance de l'établissement figurent aux contrats d'assurance. Pour tout litige, contacter la direction des ressources logistiques et techniques (poste 3130).

## **5. - REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION**

Ces règles sont applicables sur l'ensemble des sites du CHAC.

### **5.1. – Sécurité incendie**

L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie. Le règlement de sécurité incendie des établissements recevant du public applicable est fonction du classement du bâtiment.

Tout le personnel doit être mis en garde contre les dangers que présente un incendie dans un hôpital et par extension à l'ensemble des bâtiments du Centre Hospitalier Alès-Cévennes.

Il doit être formé à l'exécution de consignes très précises en vue de limiter l'action du feu et d'assurer le transfert horizontal ou l'évacuation. L'ensemble du personnel doit être entraîné à la manœuvre des moyens d'extinction et doit suivre, obligatoirement et périodiquement, les formations incendie organisées par l'établissement.

L'interdiction de fumer dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier Alès-Cévennes est générale, conformément à la réglementation en vigueur.

Le Centre Hospitalier Alès-Cévennes tolère l'existence de locaux fumeurs spécifiques à destination des patients ou résidents, en raison de la prise en charge particulière, dans le bâtiment de psychiatrie adultes et dans le secteur géro-psi-chiatrie de la résidence pour personnes âgées « Les Quatre Saisons ».

## **5.2. - Voies de circulation**

Les voies de circulation établies dans l'enceinte de chaque site du Centre Hospitalier Alès-Cévennes constituent des dépendances du domaine public de l'établissement. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public hospitalier.

## **5.3. - Règles de circulation**

Les dispositions du code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte de chaque site du Centre Hospitalier Alès-Cévennes.

La vitesse y est limitée à 20 km/h.

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

## **5.4. - Stationnement**

Les travaux d'extension du parking du personnel ont été achevés en avril 2016 et donnent accès à 124 places de stationnement supplémentaires.

Le stationnement dans l'enceinte de chaque site du Centre Hospitalier Alès-Cévennes est interdit en dehors des emplacements matérialisés.

Les véhicules stationnant en dehors des emplacements autorisés font l'objet d'un signallement systématique à la police municipale pour constat d'infraction et mise en fourrière.

Certaines voies d'accès, réservées pour l'intervention des secours extérieurs, sont signalées ; aucun stationnement n'est toléré sur ces voies ainsi que sur les zones matérialisées au sol par des zébrures. Des places réservées aux personnes à mobilité réduite sont également matérialisées. Le parking mis à disposition du personnel est à utiliser de façon exclusive par le personnel de jour et de nuit.

## **5.5. - Responsabilité**

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement.

Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du Centre Hospitalier Alès-Cévennes, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de dégradations.

## **5.6. – Sanctions**

La direction du Centre Hospitalier Alès-Cévennes se réserve le droit de faire appel aux forces de polices, à la fourrière, pour faire déplacer les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service hospitalier. Il en est de même pour tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave, après en avoir avisé le propriétaire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le non-respect par un agent des prescriptions citées ci-dessus est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

**RAPPEL** : L'ensemble du personnel doit stationner sur le parking qui lui est réservé afin de laisser libre les places du parking EST situées devant le CHAC aux visiteurs et patients.

Les parkings des SSR 1 et 2 accueillent de manière prioritaire les véhicules de ces services ainsi que de la psychiatrie.

## **6. - DISPOSITIONS DIVERSES**

### **6.1. - Approbation du règlement intérieur**

Le présent règlement intérieur est soumis à délibération du Conseil de surveillance du Centre hospitalier Alès-Cévennes, après avis du Directoire, du Comité Social d'Etablissement et de la Commission Médicale d'Etablissement.

Il ne pourra être modifié que par délibération du conseil de surveillance du centre hospitalier, après avis du Directoire, du Comité Social d'Etablissement et de la Commission Médicale d'Etablissement.

### **6.2. - Mise à disposition du règlement intérieur**

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition des usagers et des personnels dans chaque service de l'établissement. Il fait notamment l'objet d'une information au sein des instances réglementaires.

Il est également consultable sur le site internet de l'établissement et son portail intranet.

### **6.3. - Mise à jour du règlement intérieur**

La direction générale met régulièrement à jour le règlement intérieur, après interrogation de l'ensemble des directions sur les modifications éventuelles à apporter aux dispositions les concernant.

***Version du 16.10.2023***