

**REGLEMENT INTERIEUR DU
CENTRE HOSPITALIER
ALES-CEVENNES
2017**



SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
1. - L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CENTRE HOSPITALIER ALES-CEVENNES.....	6
1.1 - Directeur :	6
1.2. - Directoire :	7
1.2.1. - Composition :	7
1.2.2. - Compétence :	7
1.3. - Conseil de surveillance :	7
1.3.1. - Composition :	7
1.3.2. - Compétence :	8
1.3.3. - Fonctionnement :	8
1.4. - Commission Médicale d'Etablissement :	9
1.4.1. - Composition :	9
1.4.2. - Compétence :	10
1.4.3. - Fonctionnement :	11
1.5. - Comité Technique d'Etablissement :	11
1.5.1. – Composition :	11
1.5.2. – Compétence :	12
1.5.3. - Fonctionnement :	12
1.6. – Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques :	13
1.6.1. – Composition :	13
1.6.2. – Compétence :	14
1.6.3. – Fonctionnement :	14
1.7. – Organes consultatifs spécialisés.....	14
1.7.1. - Commissions administratives paritaires locales :	14
1.7.2. - Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail :	15
1.7.3. - Comité de lutte contre les infections nosocomiales :	16
1.7.3.1. - Composition	16
1.7.3.2. - Compétence	17
1.7.3.3. – Fonctionnement	18
1.7.4. - Autres commissions consultatives	18
1.8 – Démarche qualité :	19
2. - L'ORGANISATION MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER ALES-CEVENNES	20
2.1. - Code de déontologie :	20
2.2. – Pôles d'activité :	20
2.3 – Responsables de ces différentes structures :	21
2.3.1. – Les chefs de pôle	21
2.3.2. – Les responsables des structures internes.....	22
2.4 - Corps médical : catégories	22
2.4.1. - Praticiens hospitaliers temps plein :	22
2.4.2. - Praticiens des hôpitaux à temps partiel :	23
2.4.3. - Praticiens attachés :	23
2.4.4. - Praticiens contractuels.....	24
2.4.4.1. - Praticiens contractuels :	24
2.4.4.2. – Assistants.....	24
2.4.4.3. - Praticiens adjoints contractuels	24
2.4.5. - Assistants Généralistes ou Assistants Spécialistes associés ou praticiens attachés associés	24
2.4.6. – Internes et résidents :	24
2.5. – Pharmacien :	25
2.6. - Sages-femmes :	26
2.7. – Organisation :	26

2.8. - Interventions chirurgicales.....	26
2.8.1. Les différents intervenants.....	26
2.8.2. Le conseil du bloc opératoire	26
2.9. - Visite médicale quotidienne	27
2.10. - Permanence médicale des soins – Permanence sur place ou d’astreinte.....	27
2.11. - Activité libérale :	27
2.12. – Demi-journées d’activité d’intérêt général :.....	27
2.13. - Département d'information médicale :	28
2.13.1. - Fonctionnement.....	28
2.13.2. - Traitement automatisé des informations nominatives - droits d'accès	28
3. – DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES	29
3.1. - Dispositions générales.....	29
3.1.1.- Principe du libre choix du malade.....	29
3.1.2. - Accès aux soins des personnes démunies	29
3.1.3. - Livret d’accueil	29
3.1.4. - Mode d'admission.....	29
3.1.5. - Décision préfectorale	30
3.1.6. - Admissions en urgence	30
3.1.7. - Transfert après premiers secours ou admission	30
3.1.8. - Information à la famille et aux proches	30
3.1.9. - Refus de soins et d'hospitalisation d'un malade	31
3.1.10. - Dépôts des objets de valeur.....	31
3.1.11. - Responsabilité de l'établissement.....	31
3.1.12. - Restitution des objets	32
3.1.13. - Régimes d'hospitalisation	32
3.2. - Dispositions particulières.....	32
3.2.1. - Consultations externes en activité libérale	32
3.2.2. - Prise en charge des frais d'hospitalisation	32
3.2.3. - Femmes enceintes.....	33
3.2.3.1. - Admissions	33
3.2.3.2. - Hospitalisation sous X	33
3.2.4. - Militaires	33
3.2.4.1. - Admission hors les cas d'urgence.....	33
3.2.4.2. - Militaires - Admission en urgence	33
3.2.5. – Mineurs	34
3.2.5.1. – Autorisation parentale :	34
3.2.5.2. – IVG :	34
3.2.5.3. - Admission	34
3.2.5.4. - Autorisation d'opérer - Refus de soins	34
3.2.5.5. - Mineur relevant d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance.....	35
3.2.5.6. - Objets de valeur	35
3.2.5.7. - Accompagnants.....	35
3.2.6. Majeurs protégés - Gestion des biens	35
3.2.7. - Etrangers - Admission	35
3.2.8. - Malades toxicomanes - Secret de l'hospitalisation à la demande de l'hospitalisé et admission	36
3.2.9. - Maladies à déclaration obligatoire.....	36
3.2.10. - Admissions en psychiatrie	36
3.2.11. – Délivrance de soins palliatifs	37
3.3. - Conditions de séjour	37
3.3.1. - Information du malade sur les soins et sur son état de santé	37
3.3.2 - La personne à prévenir.....	38
3.3.3 - La personne de confiance	38
3.3.4 - Directives anticipées	38
3.3.5. - Information de la famille et des proches	39
3.3.6. - Modalités d'exercice du droit de visite	39
3.3.7. - Comportement des visiteurs	40

3.3.8. - Horaires des visites.....	40
3.3.9. - Horaires des repas - Repas aux accompagnants	40
3.3.10. - Détermination des menus.....	41
3.3.11. - Déplacement et comportement des hospitalisés - Désordres	41
3.3.12. - Hygiène à l'hôpital.....	41
3.3.13. - Effets personnels - Jouets personnels	41
3.3.14. - Interdiction de fumer	41
3.3.15. – Courrier	42
3.3.16. – Télévision - Téléphone- Internet	42
3.3.17. - Service social	42
3.3.18. - Exercice du culte	42
3.4. - Sorties	43
3.4.1. – Préparation de la sortie.....	43
3.4.2. - Autorisations de sortie	43
3.4.3. - Formalités de sortie	43
3.4.4. - Sortie contre avis médical	43
3.4.5. - Sortie disciplinaire.....	44
3.4.6. - Sortie après refus de soins	44
3.4.7. - Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation	44
3.4.8. - Sortie sans autorisation des malades (fugue)	44
3.4.9. - Sortie des nouveau-nés.....	45
3.4.10. – Sortie par transport en ambulance	45
3.4.11. - Questionnaire de satisfaction	45
3.5. - Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades.....	46
3.5.1. - Conservation du dossier médical	46
3.5.2. - Communication du dossier médical	46
3.5.3. - Transmission du dossier médical	47
3.5.4. - Information au médecin traitant	47
3.5.4.1. - Information médicale à l'arrivée du malade	47
3.5.4.2. - Information en cours d'hospitalisation	47
3.5.4.3. - Information à la sortie du malade.....	47
3.5.5. - Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale.....	48
3.5.6. - Communications des résultats d'examens anatomo et cyto-pathologiques des malades hospitalisés et des consultants externes	48
3.5.7. - Communication des radiographies et examens d'imagerie médicale.....	48
3.6 - Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés.....	48
3.6.1. - Constat du décès.....	48
3.6.2. - Notification du décès	48
3.6.3. - Déclaration d'enfant sans vie	49
3.6.4. - Indices de mort violente ou suspecte	49
3.6.5. - Toilette mortuaire et inventaire après décès.....	49
3.6.6. – Sortie du corps du service	50
3.6.6.1. – Vers la chambre mortuaire.....	50
3.6.6.2. – Vers la chambre funéraire	50
3.6.6.3. – Vers le domicile	50
3.6.7. - Transport de corps après mise en bière.....	51
3.6.8. - Autopsie	51
3.6.9. – Prélèvements d'organes :.....	52
3.6.10 - Inhumation.....	52
3.6.11 - Mesures de police sanitaire	52
3.6.12 – Dispositions particulières en lien avec la sécurité	52
3.7. - Afflux massif de victimes.....	52
3.8 - Dispositions propres au pôle Personnes âgées	53
3.8.1. - Etablissements - Catégories d'hébergement.....	53
3.8.2. – Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)	54
3.8.3. – Le Règlement de fonctionnement.....	54
3.8.4. – Le Contrat de séjour	55
3.8.5. – Charte des visiteurs	55

4. - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.....	55
4.1. – Obligations.....	55
4.1.1 – Nécessité de service	55
4.1.2 - Respect des conditions réglementaires de travail	55
4.1.3 - Assiduité et ponctualité du personnel	55
4.1.4. - Exécution des ordres reçus	56
4.1.5. - Information du supérieur hiérarchique de tout incident.....	56
4.1.6. - Conservation en bon état des locaux, matériels et effets.....	56
4.1.7. - Interdiction de pourboires	56
4.1.8. – Cumul d’activité des fonctionnaires	56
4.1.9. - Identification du personnel.....	57
4.1.10. - Tenue vestimentaire de travail / clé et badge.....	57
4.1.11. - Tenue et comportement correct exigé	58
4.1.12. - Lutte contre le bruit	58
4.1.13. - Interdiction de fumer	58
4.1.14. – Repas	58
4.1.15. – Dispositions relatives à l’alcool sur les lieux de travail.....	58
4.1.16. Permis de conduire	58
4.1.17 - Téléphone portable.....	59
4.1.18. - Relations avec les usagers.....	59
4.1.18.1 - Comportement.....	59
4.1.18.2. - Liberté de conscience, d’opinion et principe de neutralité.....	59
4.1.19. - Relations avec les proches	60
4.1.19.1. - Accueil.....	60
4.1.19.2. – Libre choix, information du malade et non-discrimination à l’encontre d’un membre du personnel	60
4.1.19.3. - Respect du libre choix des familles	60
4.1.20. - Secret professionnel et médical.....	60
4.1.21 - Obligation de discrétion professionnelle	61
4.1.22 – Obligation de réserve	61
4.1.23. - Interdiction des réunions publiques au Centre hospitalier	61
4.1.24. - Informatique	61
4.2. – Divers	61
4.2.1. - Accès interdit aux démarcheurs, agents d’affaires	61
4.2.2. - Effets et biens personnels - Responsabilité.....	62
5. - REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION	62
5.1. – Sécurité incendie :	62
5.2. - Voies de circulation	62
5.3. - Règles de circulation	62
5.4. - Stationnement.....	63
5.5. - Responsabilité	63
5.6. – Sanctions.....	63
6. - DISPOSITIONS DIVERSES.....	64
6.1. - Approbation du règlement intérieur.....	64
6.2. - Mise à disposition du règlement intérieur	64
6.3. - Mise à jour du règlement intérieur	64

INTRODUCTION

Premier Hôpital de France aux normes Haute Qualité Environnementale (H.Q.E), doté d'une capacité de 857 lits et places (483 lits et places MCO-PSY-SSR et 374 lits EHPAD-USLD), le Centre hospitalier Alès-Cévennes (CHAC) regroupe sept pôles d'activité et près de 1600 professionnels de santé pour répondre aux besoins d'une population de 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 et dans tous les actes de la vie civile.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans 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,
- le président de la Commission Médicale d'Établissement, vice président du directoire,
- le président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,
- des membres, pour certains appartenant aux professions médicales nommés par le directeur sur présentation d'une liste de propositions établies par le président de la Commission Médicale d'Établissement.

1.2.2. - Compétence :

Article L.6143-7-4 du CSP

Le Directoire :

- approuve le projet médical ;
- prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

1.3. - Conseil de surveillance :

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,
- le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique de l'établissement,
- le directeur de la caisse d'assurance maladie,
- 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.

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

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

1.3.3. - Fonctionnement :

Article R.6143-8 à R.6143-16 du CSP

Le Conseil de Surveillance doit se réunir quatre fois par an au moins. 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 à la demande 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 lettre signée du président, envoyée par la poste ou par email. Cette lettre est accompagnée de l'ordre du jour et des documents disponibles afin d'éclairer les 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 :

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 médico-techniques de l'établissement ;
- des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral de l'établissement ;
- 4 représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
- des représentants des internes désignés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé 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 ;
- le président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;
- le praticien responsable de l'information médicale ;
- le représentant du Comité Technique d'Etablissement, élu en son sein ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.

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

La 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 sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement 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 et son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

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

- Le projet médical de l'établissement ;
- 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.

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

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 Médicale d'Etablissement élit en son sein son Président et son Vice-président. Le Président fixe l'ordre du jour des convocations.

La Commission Médicale d'Etablissement doit se réunir au moins quatre fois par an. Le secrétariat est assuré par la direction des ressources humaines et 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. Lorsque le quorum n'a pas été atteint à la première séance, la deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle.

1.5. - Comité Technique d'Etablissement :

1.5.1. – Composition :

Article R.6144-42 du CSP

Le Comité Technique d'Etablissement comprend 12 membres représentant le personnel non médical. Ils sont élus au scrutin de liste.

Il comporte un nombre égal de suppléants et un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement avec voix consultative. Il est présidé par le Directeur ou son représentant.

Celui-ci peut être supplée par un membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

1.5.2. – Compétence :

Article R6144-40 du CSP

Le Comité Technique d'Etablissement est consulté sur des matières sur lesquelles la Commission Médicale d'Etablissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

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

Le Comité Technique d'Etablissement est également consulté sur les matières suivantes :

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

Il est régulièrement tenu informé :

- de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement
- du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1, ainsi que de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

1.5.3. - Fonctionnement :

Articles R.6144-43, R.6144-68 à R.6144-72 du CSP

Les membres siègent avec un mandat de quatre ans.

Le Comité Technique d'Etablissement ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion.

Le Comité Technique d'Etablissement doit se réunir au moins une fois par trimestre à l'initiative de son président ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Au Centre Hospitalier Alès-Cévennes, le Comité Technique d'Établissement se réunit cinq fois par an et l'organisation est assurée par la direction des ressources humaines et de la formation. Il établit son règlement intérieur.

L'un des représentants du personnel est secrétaire du Comité Technique d'Établissement. Les séances ne sont pas publiques. A l'issue de chaque séance, un procès-verbal est élaboré pour approbation à la réunion suivante.

Au Centre Hospitalier Alès-Cévennes, le Comité Technique d'Établissement est présidé par le directeur ou son représentant.

1.6. – Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques :

1.6.1. – Composition :

La Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Cette commission comprend :

- un collège des cadres de santé :
 - ❖ groupe de la filière infirmière : corps des infirmiers cadres de santé, corps des infirmiers de bloc opératoire cadres de santé, corps des infirmiers anesthésistes cadres de santé et corps des puéricultrices cadres de santé,
 - ❖ groupe de la filière médico-technique : 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 médico-techniques :
 - ❖ 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 médico-techniques : 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'Établissement.

1.6.2. – Compétence :

Elle est consultée pour avis sur :

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

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 ;
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

1.6.3. – 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 médico-techniques 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 médico-techniques.

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.

Un compte rendu annuel de l'activité de la commission est établi par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

1.7. – Organes consultatifs spécialisés

1.7.1. - Commissions administratives paritaires locales :

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 du personnel.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales sont compétentes sur toutes questions concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation du fonctionnaire. Un membre de la Commission administrative paritaire ne peut se prononcer sur le cas d'un autre agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur son propre cas.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales se réunissent au moins deux fois par an. La présidence en est assurée par le Président du Conseil de Surveillance ou son représentant, le secrétariat 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 se réunissent trois à quatre fois par an et l'organisation est assurée par la direction des ressources humaines et de la formation.

1.7.2. - Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail :

Ce comité comprend des membres ayant voix délibérative et des membres à titre consultatif, les membres sont nommés en fonction des élections professionnelles :

- Membres avec voix délibérative :
 - ❖ Le chef d'établissement, président ou son représentant qui assure la présidence du CHSCT
 - ❖ de représentants des médecins désignés par la Commission Médicale d'Etablissement, au nombre établi en fonction de l'importance de l'effectif employé
 - ❖ Une délégation du personnel composée de représentants du personnel hospitalier non médical dont le nombre varie, par tranche, en fonction de l'importance de l'effectif employé dans l'établissement,

- Membres avec voix consultative :
 - ❖ le Médecin du Travail,
 - ❖ le Directeur des Ressources Logistiques et Techniques ou son représentant,
 - ❖ l'Ingénieur chargé de l'entretien des installations,
 - ❖ le directeur des soins,
 - ❖ et à son initiative, le Directeur départemental du travail et de l'emploi ou son représentant.

Assistent également, avec voix consultative, l'infirmière de la médecine du travail, l'infirmière hygiéniste, le contrôleur sécurité de la CARSAT : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

Il est chargé d'étudier et de donner des avis sur les problèmes relatifs à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des personnels liées exclusivement aux problèmes d'hygiène et de sécurité. A cet effet, il contribue à la protection de la santé et de la sécurité des salariés du Centre Hospitalier et à l'amélioration de leurs conditions de travail, y compris ceux mis à la disposition de l'établissement par une entreprise extérieure, y compris les travailleurs temporaires. Il doit veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en matière d'hygiène et de sécurité et notamment à la procédure d'alerte en cas de constat d'un danger grave et imminent. Il peut procéder à des études et à des inspections. Il prend l'avis de toute personne qualifiée sur les problèmes étudiés. Il arrête un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Présidé par le directeur ou son représentant, le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail se réunit au moins une fois par trimestre. Le compte-rendu de chacune des réunions est consigné dans un registre légal.

Au Centre Hospitalier Alès-Cévennes, le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail se réunit en séance ordinaire quatre fois par an et l'organisation est assurée par la direction des ressources humaines et de la formation.

1.7.3. - Comité de lutte contre les infections nosocomiales :

1.7.3.1. - Composition

Au Centre Hospitalier Alès-Cévennes, il comporte 19 membres dont :

- le président de la Commission Médicale d'Etablissement ou son représentant,
- le directeur ou son représentant
- le médecin responsable de la médecine du travail
- le directeur du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou son représentant
- un pharmacien
- un médecin biologiste
- le médecin responsable de l'information médicale
- l'infirmière hygiéniste
- un infirmier désigné par la commission du service des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- trois professionnels paramédicaux dont un cadre de santé et deux infirmier(e)s désignés par la direction du service des soins infirmiers
- un professionnel médico-technique désigné par la direction du service des soins infirmiers
- cinq médecins et une sage femme chef proposés par la commission médicale d'établissement.

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

La durée des mandats du pharmacien, du médecin biologiste, des membres proposés par la commission médicale d'établissement, de l'infirmière hygiéniste, 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.

1.7.3.2. - Compétence

Il a pour missions :

- la prévention des infections nosocomiales notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène
- 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.

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

Le programme d'actions et le rapport d'activités sont soumis à l'avis de la Commission Médicale d'Etablissement et de la Commission du service de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et sont transmis après délibération du conseil d'administration au CHSCT.

Le comité est chargé de définir, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et indicateurs adaptés aux activités de l'établissement de santé permettant l'identification, l'analyse et le suivi des risques infectieux nosocomiaux.

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.

1.7.3.3. – Fonctionnement

Le comité se réunit au moins trois fois par an. Au Centre Hospitalier Alès-Cévennes, il se réunit tous les deux mois.

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.

1.7.4. - *Autres commissions consultatives*

D'autres commissions réglementaires existent dans l'établissement :

- Comité de liaison en alimentation et nutrition : Circulaire DHOS/E1/n° 2002/186 du 29 mars 2002 – Arrêté du 29 mars 2002
- Commission d'appel d'offres : Nouveau Code des marchés publics entré en application 1^{er} septembre 2006 – Décret n° 2006-975 du 1^{er} août 2006
- Commission de surveillance des gaz médicaux : Circulaire DGS/B3A n° 667 bis du 10 octobre 1985
- Commission des usagers : 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
- 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
- Commission de l'activité libérale : Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005
- Commission des admissions et des consultations non programmées
- Commission de formation – DPC – DPC Médical
- Commission de réflexion éthique

Ont notamment été installés au Centre Hospitalier Alès-Cévennes :

- Comité de pilotage du projet d'établissement
- Comité de pilotage qualité-risques-évaluation
- Commission de gestion des risques et des vigilances réglementaires

1.8 – Démarche qualité :

Le Centre Hospitalier Alès-Cévennes a mis en place une politique visant à l'amélioration continue de la qualité des soins et des prestations qu'il réalise, des pratiques professionnelles, et de l'organisation.

La politique qualité obéit à cinq orientations prioritaires :

- la recherche constante de la sécurité des soins par la maîtrise des risques,
- la conformité aux textes législatifs et réglementaires,
- l'évaluation en continu du système de management de la qualité et de la gestion des risques,
- la réponse optimale aux attentes et aux besoins des usagers, compte tenu des moyens affectés,
- l'atteinte du niveau de maturité attendu vis-à-vis des évaluations externes de la qualité et de la sécurité des soins : Certification des Etablissement de Santé de la Haute Autorité de Santé pour les secteurs d'activité MCO, SSR, Santé Mentale et Soins de Longue Durée et Evaluation externe des établissements médico-sociaux pour les sites EHPAD.

Il s'est donné pour objectifs de :

- déployer la culture qualité et gestion des risques,
- mettre en œuvre des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins opérationnelles, efficaces et coordonnées,
- dynamiser l'évaluation des pratiques professionnelles,
- renforcer l'implication des usagers dans les démarches qualité et gestion des risques,
- développer les techniques d'analyse des risques a priori et a posteriori,
- encourager les signalements d'évènements indésirables et de situations à risques,
- faire évoluer l'accès aux informations nécessaires à l'amélioration continue de la qualité, de la gestion des risques et des vigilances,
- promouvoir la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de la HAS dans la pris en charge quotidienne et les organisations mises en place,
- renforcer la qualité et la gestion des risques au sein de la gouvernance des pôles,
- accompagner les projets de reconnaissance externe de la qualité,
- développer la communication autour des projets en lien avec la qualité et la gestion des risques.

Le pilotage et la mise en œuvre de la démarche qualité sont assurés par des structures spécifiques en lien étroit avec la CME et son président. Ces structures ont pour mission d'organiser la transversalité, la cohérence et la coordination de la démarche qualité.

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 ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et 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. (Voir aussi chapitre 3.5.)

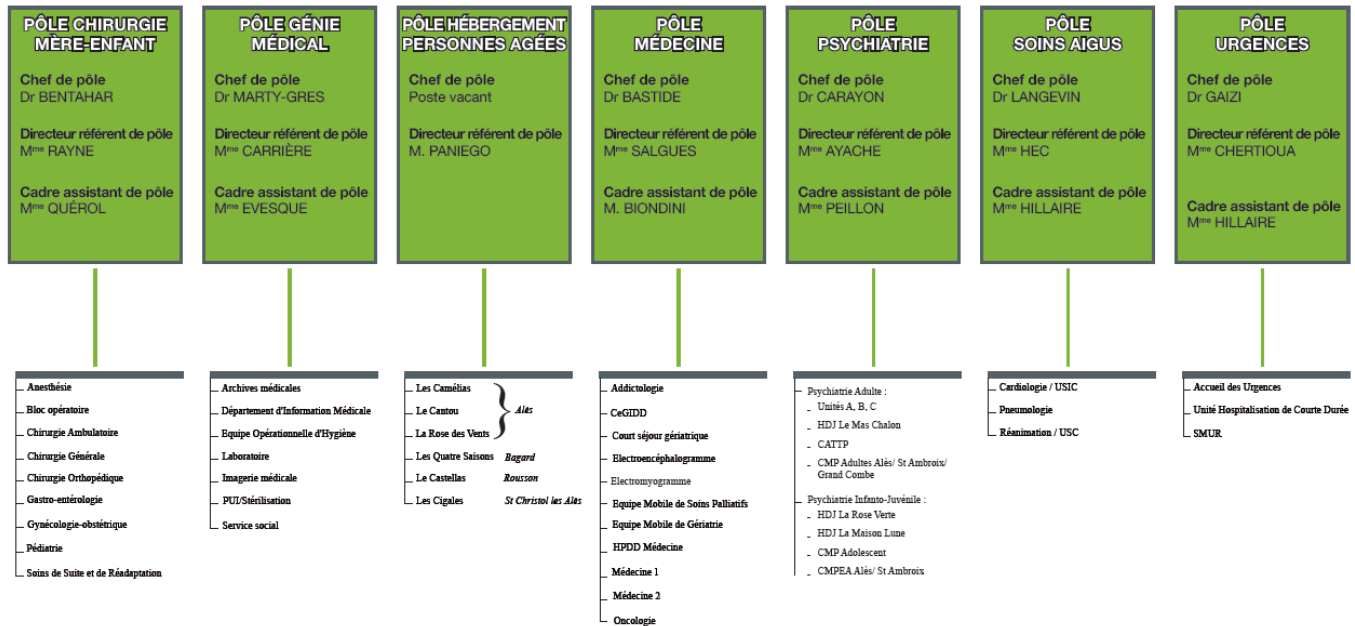
2.2. – Pôles d'activité :

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, 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, EMSSP, Addictologie, Equipe Mobile de Gériatrie),
- **Personnes Agées** (6 résidences dont 5 hors site)
- **Psychiatrie** (Psychiatrie Adultes et Psychiatrie Infanto-Juvenile),
- **Soins Aigus** (Réanimation, Cardiologie, Pneumologie),
- **Urgences** (SAU, SMUR, UHCD).



ORGANIGRAMME DES PÔLES DU CENTRE HOSPITALIER ALÈS-CÉVENNES 2016



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 médico-technique sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Cette liste, comportant au moins trois noms, 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 dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle.

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.

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

2.3.2. – Les responsables des structures internes

Ils sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, pour une durée de quatre ans.

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

Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la Commission Médicale d'Etablissement. Dans ce cas, le directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

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 temps plein :

Articles R.6152-1 à R.6152-98 du CSP

➤ Les Praticiens hospitaliers temps plein consacrent la totalité de leur activité professionnelle au Centre hospitalier. Le service normal hebdomadaire est fixé à dix demi-journées A ce titre, ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par le Service public hospitalier.

En outre, ils peuvent participer aux actions d'enseignement, de prévention et de recherche.

Enfin, ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

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 est, 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.

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 des hôpitaux à temps partiel :

Articles R.6152-201 à R.6152-277 du CSP

Les praticiens à temps partiel exercent à raison de six demi-journées hebdomadaires, conformément à un tableau de service. L'activité des praticiens hospitaliers à temps partiel peut être ramenée à quatre ou cinq demi-journées par semaine.

Les praticiens à temps partiel participent, par ailleurs, aux services de gardes et astreintes de nuit, des dimanches et jours fériés et sont tenus de répondre aux appels d'urgence.

2.4.3. - 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.

2.4.4. - Praticiens contractuels

2.4.4.1. - Praticiens contractuels :

Articles R.6152-401 à R.6152-421 du CSP

Des praticiens contractuels peuvent être recrutés dans les conditions définies par les articles R.6152-401 à R.6152-420 du Code de la Santé Publique. Le contrat peut être conclu pour une période maximale de trois ans.

Ces praticiens sont recrutés par le directeur ou son représentant, après avis du Président de la C.M.E. et du Chef de Pôle.

L'avis du Directeur de l'Agence Régionale de Santé est requis pour les recrutements concernant une période de plus de trois mois.

2.4.4.2. – 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 de 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.

2.4.4.3. - Praticiens adjoints contractuels

Ils sont recrutés dans les conditions définies par le décret 95-569 du 6 mai 1995 modifié, après avoir satisfait aux épreuves d'un concours national, selon une règle spécifique aux médecins étrangers.

Tous les praticiens ci-dessus sont inscrits au tableau du conseil de l'ordre du Gard et disposent de la plénitude d'exercice.

2.4.5. - Assistants Généralistes ou Assistants Spécialistes associés ou praticiens attachés associés

Article R.6152-538 du CSP ; article R.6152-602 du CSP

Les praticiens ne disposant pas de la plénitude d'exercice sont recrutés en qualité d'assistants ou d'attachés associés.

A ce titre, ils ne peuvent signer les documents médico-légaux ni prescrire de stupéfiants ou matières dangereuses.

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 d'unité fonctionnelle.

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 de celles 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 médico-technique.

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 arrêté 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 se soit assuré au préalable.

Dans chaque cas et sous sa responsabilité, que 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 :

- deux praticiens hospitaliers
- deux cadres de santé
- trois personnels soignants
- le chef de pôle « chirurgie mère enfant »

2.9. - Visite médicale quotidienne

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement, chaque matin. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant le déjeuner des malades. Le responsable d'unité fonctionnelle organise, si nécessaire, une contre-visite.

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 samedi est un jour ouvrable ; l'astreinte du week-end commence le samedi à 13h30 :

Les dimanches et jours fériés, le service de garde de jour commence à 8h30 et s'achève à 18h30.

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.6154-10 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 temps plein nommés à titre permanent dans le corps des praticiens hospitaliers et 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 son activité libérale doit être affiché dans la salle d'attente de l'unité fonctionnelle.

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

2.12. – Demi-journées d'activité d'intérêt général :

Article R.6152-30 du CSP

Les praticiens hospitaliers exerçant leur activité à temps plein peuvent, dans le cadre fixé par la réglementation, consacrer jusqu'à deux demi-journées hebdomadaires à des activités d'intérêt général.

Si un praticien consacre deux demi-journées par semaine à des activités d'intérêt général, il ne peut exercer d'activité libérale.

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'Etablissement 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'Etablissement, 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.

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 financières et de l'information), 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.

Pour les patients hospitalisés dans les services du MCO : par soucis de dématérialisation le livret est disponible pour les patients sur les Terminaux Multimédias.

Pour les services non équipés en TMM comme les SSR, la psychiatrie, les EHPAD le livret d'accueil papier est distribué aux patients.

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 des 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,
- ou lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier,

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 la réserve de l'accord du patient compris s'il est mineur, 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 données 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 infirmières diplômées 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, soit les soins, soit de rester dans l'établissement, soit les deux, et qui a reçu toutes les informations nécessaires sur son état de santé et notamment les risques encourus doit signer une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des risques encourus et traduisant expressément ce refus ; à défaut, un procès-verbal de refus est dressé mentionnant les risques qu'il encourt sauf si des raisons réglementaires s'y opposent (mineurs, certains majeurs protégés, hospitalisations sans consentement).

3.1.10. - Dépôts des objets de valeur

Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession.

A cette occasion une information écrite et orale est donnée à la personne admise ou hébergée ou à son représentant légal, concernant les règles régissant les dépôts d'objets ou de valeur, le régime de la responsabilité de l'établissement, ainsi que le sort réservé aux objets non réclamés. La personne admise ou hébergée ou son représentant légal certifie avoir reçu cette information. La mention de la déclaration afférente est conservée par l'établissement.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur des hospitalisés peuvent être effectués soit en les mains d'un régisseur de recettes de l'établissement, soit à la Trésorerie principale, contre délivrance d'un reçu.

En dehors des heures de présence d'un régisseur, les valeurs sont déposées au coffre par le cadre de garde. Elles auront été auparavant placées dans une enveloppe scellée sur laquelle seront apposées les signatures de l'hospitalisé et d'un témoin.

Si le malade ou le blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et vêtements dont le malade ou blessé est porteur, est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement (cadre infirmier) et l'accompagnant (à défaut un membre du personnel), et le dépôt des valeurs est effectué par le représentant de l'établissement. Aucun agent du centre hospitalier ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des malades.

Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur des recettes disposant d'un coffre-fort à cet effet au bureau des entrées.

Pour les objets qui ne sont pas de valeur, se référer au point 3.6.5.

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.

3.1.12. - Restitution des objets

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade à la Trésorerie principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

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

Les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie de leur détenteur, à la Caisse des Dépôts et Consignations, s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

3.1.13. - Régimes d'hospitalisation

Seul le régime commun est actuellement appliqué au Centre Hospitalier Alès-Cévennes. Le Conseil de surveillance peut toutefois décider l'application d'un régime particulier conformément aux textes en vigueur.

Ce choix doit être formulé par écrit dès l'entrée, par le malade lui-même ou son accompagnant, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix, notamment en ce qui concerne les honoraires médicaux, dont le montant sera fixé par entente directe entre le malade et le praticien.

Le patient ou ses proches sont informés des modalités de sa prise en charge administrative, des tarifs et du montant de sa participation financière éventuelle.

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, des prix pratiqués, 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.

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des Pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre doivent présenter leur carnet de soins gratuits à l'administration de l'établissement pour copie.

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 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. 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 se fait 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.

Si les parents ou tuteur sont défaillants, 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 quarante huit heures 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. - Objets de valeur

Si l'enfant est porteur de bijoux, d'objets de valeur et que la famille désire les lui voir conserver avec lui, une décharge devra être demandée à l'accompagnant en ce qui concerne la responsabilité de l'Administration.

3.2.5.7. - 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 coucher 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 (E111 pour les ressortissants de l'Espace économique européen), verser la provision pour frais d'hospitalisation prévue à l'article 3.2.2. Ci-dessus.

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 cités ci-dessus.

3.2.9. - Maladies à déclaration obligatoire

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 :

- les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale
- les 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 par le patient lui-même. Il existe également des modalités de soins psychiatriques sous contraintes, en application de la loi du 5 juillet 2011 modifiée en 2013.

Les HDT se transforment en « *hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent* » et l'HO en « *admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État* ».

1. Admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

L'HDT n'était possible avant la réforme que sur demande d'un membre de la famille du malade ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt. La nouvelle loi permet à ce qu'un membre de la famille ou une personne justifiant de relations antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir formule une demande de soins.

Pour les personnes qui, isolées socialement et sans personnes proches, ont cependant besoins de soins psychiatriques, la nouvelle loi institue une nouvelle procédure : celle d'une admission en cas de péril imminent pour la santé des personnes (sans l'intervention de tiers). Dans cette situation, le directeur de l'établissement de santé peut prononcer l'admission en soins psychiatriques, au vu d'un seul certificat médical circonstancié. Le régime applicable sera alors celui de l'admission sur demande d'un tiers.

2. Admission sur décision du préfet

Les modalités d'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet ne changent pas radicalement avec la nouvelle loi. Un certificat médical circonstancié établi par un médecin qui ne peut être un psychiatre de l'établissement d'accueil doit être amené. Le préfet décidera alors cette admission par arrêté.

3.2.11. – Délivrance de soins palliatifs

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

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 sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

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 sa 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 comme 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 n'ayant pas de maladie grave.

L'équipe soignante recommande au patient de transmettre ses directives anticipées à sa 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 qui sont portés à la connaissance des malades et de leur famille et 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, sauf les 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, 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 12.00 h à 20.00 h, tous les jours. Cependant, les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les 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 » se fait 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.

La consommation dans les chambres de nourriture provenant d'une autre cuisine que celle de l'hôpital est interdite pour des raisons d'hygiène et de sécurité alimentaire.

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 être une gêne pour les autres malades ou pour le fonctionnement du service.

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

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 la Loi n° 76.616 du 9 juillet 1976 modifiée et du Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux de l'établissement. La même interdiction s'applique aux

cigarettes électroniques. Certaines adaptations à ce principe général peuvent toutefois être aménagées en secteur de psychiatrie.

3.3.15. – Courrier

Le courrier départ peut être remis au personnel soignant. Une boîte aux lettres est disponible dans le hall d'entrée.

3.3.16. – Télévision - Téléphone- Internet

Les patients ont accès à la télévision, au téléphone et à internet grâce au terminal multimédia de chaque chambre.

L'accès est gratuit pour la chaîne de télévision pour enfants « Gulli », la réception des appels téléphoniques, l'accès aux stations de radio et aux jeux présents sur le terminal.

Une offre complète (chaînes de télévision, téléphone illimité et internet) est proposée dans le cadre du régime particulier que certaines mutuelles prennent en charge.

Une offre à la carte donne accès, selon le choix des patients, à la télévision, au téléphone illimité et à internet. Les prestations sont à régler à l'avance à l'accueil multimédia.

L'accueil multimédia (hall d'entrée) est ouvert tous les jours de 9h30 à 11h30 et de 14h30 à 18h.

Les récepteurs de télévision ou 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.

Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, des téléviseurs sont positionnés 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, clef du lieu de prière, etc.) est disponible 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, sans 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 porte 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 toutes 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, pour faciliter le transfert de l'hospitalisé dans un établissement de moyen ou long séjour adapté à son cas.

En règle générale, la sortie des hospitalisés a lieu 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 pratiqués.

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 le Centre Hospitalier, 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.

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, dans les conditions et les modalités fixées par l'article 3.3.8. Ci-dessus.

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 clandestine 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.

Malade hospitalisé dans le service de psychiatrie (hospitalisation libre ou soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat) : le malade est immédiatement recherché, dans l'établissement et à l'extérieur. La famille et le tiers sont prévenus. Un rapport de fugue est établi, ainsi qu'un certificat médical de situation du patient dans le cas d'une hospitalisation sous contrainte.

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.

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 par transport en ambulance

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

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

Si le malade n'exprime pas de choix, le Centre Hospitalier Alès-Cévennes fait appel aux entreprises d'ambulances suivant un tour défini, géré par le standard.

Les frais occasionnés pourront être à la charge du malade.

Pour une hospitalisation libre, les formalités sont les mêmes que pour une hospitalisation ordinaire. Les modalités de levée d'une hospitalisation sous contraintes sont détaillées dans la note de service n°41 du 7 décembre 2011.

3.4.11. - Questionnaire de satisfaction

Tout hospitalisé reçoit, avant sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; ce questionnaire rempli est rendu à l'Administration sous une forme anonyme, dans des boîtes aux lettres installées à cet effet dans les services.

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 en fonction de 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 partir de l'acte transfusionnel,

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 a lieu moins de 10 ans après sa dernière venue.

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 dossiers de moins de 5 ans et 2 mois pour les dossiers de plus de 5 ans.

❖ Patient

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

Par conséquent, les demandes provenant d'assureurs, d'avocats-d'autres professionnels de santé ou de toutes autres personnes ne peuvent être acceptées, sauf si ces personnes justifient d'un mandat exprès du patient (autorisation écrite).

De même, si la demande 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 nuise pas à celui-ci.

❖ Autorité parentale

Par principe, les père et mère exercent en commun l'autorité parentale. La séparation des parents (divorce ou séparation) 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 des ayants droit est strictement encadré. Le décès d'une personne ne met pas de facto fin au secret protégeant sa vie privée ni au secret médical.

*L'article L. 1110-4 du Code de la Santé Publique indique 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 GAP,
- 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 et 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 des 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.

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, et les résultats sont toujours adressés directement aux médecins prescripteurs et jamais aux malades, conformément aux directives 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, s'il en fait la demande expresse (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 dans les bureaux des entrées. Copie en 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 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 infirmier 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 et 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 auprès du 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.

3.6.6. – Sortie du corps du service

3.6.6.1. – Vers la chambre mortuaire

Pour les décès survenus en psychiatrie, maison de retraite et SSR, le transport de corps est effectué par un ambulancier privé, alors que pour les décès survenus en MCO, ce sont les brancardiers de l'établissement qui transportent les corps.

Le séjour en chambre mortuaire est gratuit durant les 3 jours suivant le décès. Ce délai permettant à la famille d'organiser les obsèques (par une société de pompes funèbres au choix des familles). Au-delà le dépôt sera à la charge de la famille.

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 d'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 18 heures à compter du décès.

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

En outre, si le corps doit être transporté dans une chambre funéraire hors de la commune où se trouve implanté l'établissement 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 dans 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 pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile,
- à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne,
- à l'accord écrit du 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 terminé dans un délai maximum de 18 heures à compter du décès si le corps n'a pas subi des soins de conservation ; au cas où le corps a subi de tels soins, le transport doit être effectué et terminé dans un délai de 36 heures 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 ou une entreprise agréé.

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.

Les autopsies scientifiques.

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 au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'hôpital d'Alès fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si ce dernier n'a rien laissé, l'hôpital applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, 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 déterminés 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 :

- 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 le CHSCT dès lors que les mesures conduiraient à procéder à des contrôles des vestiaires ou véhicules des personnels.

3.7. - Afflux massif de victimes

En cas d'afflux massif de victimes, un plan d'organisation des secours d'urgences ou plan blanc est mis en place.

Le plan blanc est un **plan spécifique d'urgence** des établissements de santé publics et privés.

Il est destiné à faire face à une situation exceptionnelle ou à une activité accrue d'un 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 meurtrier et durable.

Le plan blanc doit regrouper **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.

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 Hébergement Personnes Agées a une capacité de 374 lits et places répartis sur six sites. Il peut accueillir les personnes âgées quel que soit leur niveau d'autonomie en hébergement temporaire, définitif ou en accueil de jour ou en PASA.

L'admission est prononcée après examen d'un dossier médical et administratif soumis à la commission d'admission pluri disciplinaire 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

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 devient une véritable « philosophie » propre aux résidences, partagée 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 usagers (six titulaires et six suppléants) élus par site et par vote à bulletin secret à la majorité des votants respectivement par l'ensemble des usagers (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 usagers (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 Centre Hospitalier Alès-Cévennes, ou son représentant,
- un représentant de la ville d'Alès, commune d'implantation des Camélias, 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 Castellans.

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 :

- organisation intérieure et vie quotidienne,
- activités, animations socioculturelles et services thérapeutiques,
- les projets de travaux et d'équipements,
- la nature et le prix des services rendus,
- l'affectation des locaux collectifs,
- l'entretien des locaux,
- les relogements prévus en cas de travaux ou 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 à la disposition des pensionnaires et des familles. 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 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 visiteurs

Une charte des visiteurs, spécifiques au service des personnes âgées est à la disposition des visiteurs. Elle précise les règles s'appliquant aux visiteurs afin de faciliter le bien être des résidents.

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

Tout fonctionnaire, 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 déchargé 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 de 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 SIGNAL à sa disposition sur les ordinateurs.

4.1.6. - 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.

4.1.7. - 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).

4.1.8. – 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 du 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.

Les exceptions concernant l'interdiction d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative concernent les fonctionnaires qui après déclaration à l'autorité dont ils relèvent pour l'exercice de ses fonctions, créent ou reprennent une entreprise. Cette dérogation est ouverte pendant une durée maximale de deux ans à compter de cette création ou reprise et peut être prolongée pour une durée maximale d'un an. La déclaration des intéressés est au préalable soumise à l'examen de la commission de déontologie.

4.1.9. - 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.

4.1.10. - 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 sa carrière au Centre Hospitalier Alès-Cévennes. A son départ du Centre Hospitalier Alès-Cévennes, 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 à son départ.

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.

4.1.11. - Tenue et comportement correct exigé

Une tenue correcte dans l'habillement, dans le langage comme dans les actes ainsi qu'une stricte hygiène corporelle est exigée 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.

4.1.12. - 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.

4.1.13. - Interdiction de fumer

Il est interdit, pour des raisons d'hygiène et de santé des malades, de fumer dans les locaux d'hospitalisation, les consultations et les locaux techniques, notamment les laboratoires et la pharmacie, ainsi que dans les locaux de réunion et les restaurants, sauf dans les zones réservées à cet effet quand elles existent.

4.1.14. – Repas

Un restaurant du personnel est à disposition des agents de 11h30 - 14h30 du lundi au vendredi sauf jours fériés. 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 bien entendu interdit de consommer les repas et aliments prévus à destination des patients.

4.1.15. – 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 se voir retirer de son poste de travail et 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 des conséquences disciplinaires que cela peut entraîner.

4.1.16. 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 DRH de toute mesure de suspension ou de retrait dont il serait l'objet. En cas d'infraction au code de la route, avec un véhicule hospitalier, entraînant une amende, 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 indique que vous êtes responsable des éventuelles infractions au code de la route que vous pourriez commettre. Désormais, le directeur doit obligatoirement désigner l'auteur de l'infraction.

4.1.17 - Téléphone portable

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

4.1.18. - Relations avec les usagers

4.1.18.1 - 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.

4.1.18.2. - 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 doivent être mis en mesure de 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 : 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. - Relations avec les proches

4.1.19.1. - Accueil

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

4.1.19.2. – Libre choix, information du malade et non-discrimination à l'encontre d'un membre du personnel

cf. points 3.1.1 et 3.1.9

4.1.19.3. - 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. - Secret professionnel et médical

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel. Le personnel 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 qui sont 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.

4.1.21 - 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 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).

4.1.22 – Obligation de réserve

Les agents doivent éviter en toutes circonstances les comportements portant atteinte à la considération du service public par les usagers.

4.1.23. - Interdiction des réunions publiques au Centre hospitalier

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

4.1.24. - 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
- à défaut, la direction générale (directeur de garde)
- sinon recours à la force publique.

4.2.2. - 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 notre compagnie d'assurances figurent aux contrats d'assurance de l'établissement. 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 de l'établissement 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. Tout le personnel doit être entraîné à la manœuvre des moyens d'extinction.

Tous les personnels doivent 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, à l'exception des chambres du secteur personnes âgées, 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 feront l'objet d'un signalement 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 prioritaire 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 public 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 est donc invité à stationner sur le parking personnel 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 Comité Technique 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 Comité Technique 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 à jour le règlement intérieur annuellement, après interrogation de l'ensemble des directions sur les modifications éventuelles à apporter aux dispositions les concernant.