



REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR

Version : 2 du 12/07/2022

Système documentaire interne : Référence Qualnet DG-STRAT-EN-001

Diffusion de la version initiale par note de service du 09/07/2021

Mise en ligne sur le site internet CH depuis le 09/07/2021

**Ce document diffusé en interne et externe
fait l'objet d'actualisations régulières.**

**En cas d'observations, demandes de précisions, mise à disposition d'une version papier et sollicitation d'un accompagnement à la compréhension,
la Direction Générale est disponible
au 02-41-53-32-00 et direction@ch-saumur.fr**



REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR

REGLEMENT INTERIEUR	1
DU CENTRE HOSPITALIER.....	1
DE SAUMUR	1
REGLEMENT INTERIEUR	2
DU CENTRE HOSPITALIER.....	2
DE SAUMUR	2
1 PREAMBULE.....	26
1.1 Présentation du Centre Hospitalier de Saumur	26
1.2 Contexte juridique du présent règlement intérieur.....	29
1.3 Contenu du présent règlement intérieur.....	31
1.4 Méthodologie d'élaboration.....	31
1.5 Communication.....	32
1.6 Rôle du règlement intérieur dans la qualité des relations avec les usagers	
32	
1.7 Officialisation du présent règlement intérieur.....	33
2 VIE INSTITUTIONNELLE	34
2.1 Instances	34
2.1.1 Instances dirigeantes	34
2.1.1.1 Le Conseil de Surveillance	34
2.1.1.2 Le Directeur	37
2.1.1.3 Le Directoire	39
2.1.1.4 La Commission Médicale d'Etablissement (CME)	41
2.1.1.5 Le Comité Technique d'Etablissement (CTE).....	45
2.1.1.6 Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)	47



2.1.1.7	La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)	50
2.1.1.8	La Commission des Usagers (CDU) et la représentation des usagers dans différentes instances	52
2.1.1.9	Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)	54
2.1.2	Instances consultatives	57
2.1.3	Dialogue social	58
2.1.3.1	La CAPL (Commission Administrative Paritaire Locale).....	58
2.1.3.2	Elus et représentants des personnels	58
2.2	Organisation du Centre Hospitalier de Saumur.....	59
2.2.1	Organisation des pôles	59
2.2.1.1	Unités/ services médicaux et unités médico techniques	59
2.2.1.2	Constitution de pôles.....	59
2.2.1.3	Gestion des pôles.....	61
2.2.2	Permanence des soins.....	61
2.2.2.1	Gardes et astreintes médicales	61
2.2.2.2	Astreintes soignantes	62
2.2.3	Organisation administrative et technique de l'hôpital	62
2.2.3.1	Equipe de direction commune au CH de Saumur, au CH de Longué-Jumelles et à l'EHPAD Montreuil Bellay	62
2.2.3.2	Astreintes techniques, informatiques et administratives	63
2.2.3.3	Pilotage interne	63
2.2.3.4	Echanges avec les tutelles et partenariats	64
3	DISPOSITIONS RELATIVES AUX	65
	PATIENTS RESIDENTS ET USAGERS	65
3.1	Dispositions générales relatives à l'admission, au séjour et à la sortie des personnes hospitalisées.....	65
3.1.1	Libre choix du patient	65
3.1.2	Accueil du patient.....	65
3.1.3	Accès aux soins des personnes démunies	65
3.1.4	Consultations externes	65



3.1.5 Situations sanitaires exceptionnelles et plan blanc	66
3.2 - Admission	66
3.2.1.1 Admission en hospitalisation.....	66
3.2.1.1.1 Modes d'admission	66
3.2.1.1.2 Compétence du Directeur Général	66
3.2.1.1.3 Formalités d'admission	67
3.2.1.1.4 Admission sous le régime de l'anonymat.....	67
3.2.1.1.5 Admission sous le régime de la confidentialité.....	67
3.2.1.1.6 Livret d'accueil.....	67
3.2.1.1.7 Dépôt des biens et valeurs	67
3.2.1.1.8 Information des familles.....	68
3.2.1.1.9 Personne de confiance	68
3.2.2 Accueil en urgence	68
3.2.2.1 Admission en urgence	68
3.2.2.2 Dépôt des biens et valeurs lors de l'admission en urgence	69
3.2.3 Situations spécifiques	69
3.2.3.1 Cas particulier : admission des mineurs	69
3.2.3.2 Cas particulier : femmes enceintes	69
3.2.3.3 Cas particulier : Admission au sein d'une unité de soins de suite ou de réadaptation.....	70
3.2.3.4 Cas particulier : Admission de personnes atteintes de troubles psychiques ou mentaux....	71
3.2.3.5 Autres cas particuliers : Admissions des militaires.....	71
3.2.3.6 Autres cas particuliers : Admissions des patients amenés par la police ou la gendarmerie.	71
3.3 - Prise en charge et qualité des soins	71
3.3.1 Information	71
3.3.1.1 Information du patient	71
3.3.1.2 Constitution, conservation et communication du dossier médical.....	72
3.3.1.3 Clichés d'imagerie médicale	73
3.3.1.4 Relations avec le médecin traitant.....	73
3.3.1.5 Traitements automatisés des données à caractère personnel	73
3.3.2 Consentement de la personne hospitalisée.....	74
3.3.2.1 Principe du consentement aux soins.....	74
3.3.2.2 Patient hors d'état d'exprimer sa volonté.....	74



3.3.2.3	Refus des soins	74
3.3.2.4	Interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle.....	74
3.3.2.5	Protection des majeurs.....	74
3.3.2.6	Interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs	74
3.3.2.7	Garde et protection des mineurs	75
3.3.3	Qualité des soins	75
3.3.3.1	Droit des patients à des soins de qualité.....	75
3.3.3.2	Prise en charge de la douleur	75
3.3.3.3	Soins palliatifs.....	75
3.3.3.4	Sécurité transfusionnelle.....	75
3.3.3.5	Dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins	76
3.3.3.6	Réclamations et Commission des Usagers	76
3.4	Conditions de séjour	76
3.4.1	Conditions générales.....	76
3.4.2	Respect de la dignité de la personne et de son intimité	77
3.4.3	Pratiques religieuses – exercice des cultes.....	77
3.4.4	Autorisations de sortie en cours d'hospitalisation	77
3.4.5	Recommandations aux visiteurs	77
3.4.6	Accompagnants.....	78
3.4.7	Interdiction de fumer ou de vapoter.....	78
3.4.8	Droits civiques	78
3.4.9	Neutralité du service public.....	78
3.4.10	Missions du service social hospitalier.....	78
3.4.11	Accès des professionnels de la presse	79
3.4.12	Interdiction d'accès aux démarcheurs, agents d'affaires et représentants	79
3.4.13	Associations.....	79
3.4.14	Interdiction des pourboires	79
3.4.15	Droit à l'image	79



3.4.16 Repas des personnes hospitalisées	79
3.4.17 Chambre particulière	79
3.4.18 Courrier	80
3.4.19 Téléphone	80
3.4.20 Télévision	80
3.4.21 Animaux.....	80
3.5 Sortie en fin d'hospitalisation.....	80
3.5.1 Compétence du Directeur Général	80
3.5.2 Formalités de sortie	80
3.5.3 Frais d'hospitalisation et de séjour.....	80
3.5.4 Evaluation de la qualité du séjour au CH	81
3.5.5 Sortie des nouveau-nés	81
3.5.6 Sortie des mineurs	81
3.5.7 Sortie contre avis médical	81
3.5.8 Sortie à l'insu du service	81
3.5.9 Sortie disciplinaire	81
3.6 Dispositions relatives aux naissances et aux décès	82
3.6.1 Dispositions relatives aux naissances	82
3.6.1.1 Déclaration de naissance.....	82
3.6.1.2 Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale.....	82
3.6.2 Dispositions relatives aux décès	82
3.6.2.1 Attitude à suivre à l'approche du décès.....	82
3.6.2.2 Formalités entourant le décès.....	82
3.6.2.3 Indices de mort violente ou suspecte.....	83
3.6.2.4 Don de corps.....	83
3.6.2.5 Toilette mortuaire et biens du défunt.....	83
3.6.2.6 Dépôt en chambre mortuaire ou en chambre funéraire	83
3.6.2.7 Prise en charge par le service mortuaire du Centre Hospitalier	83



3.6.2.8	Dépôt en chambre funéraire et service d'un opérateur de pompes funèbres	84
3.6.2.9	Transport sans mise en bière	84
3.6.2.10	Libre choix des opérateurs funéraires.....	84
3.6.2.11	Liberté des funérailles et dispositions testamentaires.....	84
4	DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS	85
4.1	Principes fondamentaux liés au service public et au respect des usagers	85
4.1.1	Secret professionnel et discréction professionnelle	85
4.1.2	Obligation de réserve.....	85
4.1.3	Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces.....	85
4.1.4	Respect de la neutralité du service public	85
4.1.5	Sollicitude envers le patient et promotion de la bientraitance	86
4.1.6	Lutte contre les nuisances sonores	86
4.1.7	Obligation de déposer les biens des usagers	86
4.1.8	Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant sur le site principal de l'hôpital.....	86
4.2	Règles de bonne conduite et obligations des personnels.....	87
4.2.1	Respect par les professionnels des obligations.....	87
4.2.2	Assiduité et ponctualité	87
4.2.3	Respect des instructions reçues et obéissance hiérarchique	87
4.2.4	Obligation d'exercice exclusif des fonctions	87
4.2.5	Obligation de désintéressement.....	88
4.2.6	Inscription aux ordres professionnels	88
4.2.7	Actualisation de la situation administrative	88
4.2.8	Respect de l'environnement de travail.....	88
4.2.8.1	Travail en équipe et respect mutuel.....	88
4.2.8.2	Bon usage des biens de l'établissement.....	89
4.2.8.3	Respect des règles de sécurité et des bonnes pratiques d'hygiène.....	89
4.2.8.4	Signalement des événements indésirables	89



4.2.9 Responsabilité sociale de l'établissement	90
4.2.10 Comportements prohibés	90
4.2.10.1 Interdiction de consommer de l'alcool ou des produits illicites	90
4.2.10.2 Interdiction de fumer ou de vapoter dans l'enceinte de l'établissement.....	90
4.2.10.3 Interdiction d'introduire des armes ou objets dangereux et obligation de signalement .	91
4.2.10.4 Manquement aux obligations et discipline	91
4.2.11 Conditions d'exercice	92
4.2.11.1 Temps de travail et permanence des soins.....	92
4.2.11.2 Absences.....	92
4.2.11.3 Mobilité professionnelle interne (personnels non médicaux)	93
4.2.11.4 Télétravail	93
4.2.11.5 Formation	94
4.2.11.6 Stages.....	94
4.2.11.7 Responsabilité des biens personnels.....	95
4.2.11.8 Ouverture des casiers	95
4.2.11.9 Identification des personnels et tenue professionnelle.....	95
4.2.11.10 Recours aux véhicules de service	96
4.2.11.11 Bon usage du système d'information.....	96
4.2.11.12 Limitations de l'usage du téléphone portable personnel.....	97
4.2.12 Relations avec les personnes extérieures	98
4.2.12.1 Communication entre les professionnels et les personnes extérieures à l'établissement et à la prise en charge des patients	98
4.2.12.2 Relations des professionnels avec la police	98
4.2.13 Droits des personnels.....	99
4.2.13.1 Concertation au sein des services et droit à la participation	99
4.2.13.2 Liberté d'opinion et non-discrimination.....	99
4.2.13.3 Droit syndical et liberté syndicale	99
4.2.13.4 Droit de grève	100
4.2.13.5 Prévention des risques professionnels.....	100
4.2.13.6 Droit de retrait en cas de péril grave et imminent.....	101
4.2.13.7 Droit à la protection fonctionnelle	101
4.2.13.8 Droit au suivi médical	102
4.2.13.9 Gratuité des soins	102



4.2.13.10	Evaluation professionnelle	103
4.2.13.11	Droit d'accès à son dossier administratif	103
4.2.13.12	Droit à la formation professionnelle	104
4.2.13.13	Ordre de mission et frais de déplacement	104
5	SECURITE ET ENVIRONNEMENT	106
5.1	Sécurité	106
5.1.1	Pouvoirs de police du Directeur	106
5.1.2	Opposabilité des règles de sécurité, de tranquillité et de respect du stationnement	106
5.1.3	Interventions en cas de situations de troubles à l'ordre public et de violences.....	106
5.1.4	Situations de danger pour des patients et résidents	107
5.1.5	Utilisation de la vidéo protection.....	107
5.1.6	Infractions perpétrées dans l'enceinte du CH	107
5.1.7	Application de mesures nationales et vigilance locale	107
5.1.8	Lutte contre l'incendie.....	108
5.1.9	Portée, contrôle et évaluation de l'application des règles de sécurité	
	108	
5.2	Environnement	108
5.2.1	Développement durable	108
5.2.2	Entretien du patrimoine hospitalier et promotion de la qualité de vie	
	108	
	Liste de sigles et abréviations.....	109
	ANNEXES.....	110
	<i>I - Composition de la Commission Médicale d'établissement – Articles L.6144-2, R 6144-3, R.6144-3-2 du CSP.....</i>	113
	II - Présidence et Vice-Présidence de la Commission Médicale d'Etablissement	114
	III - Conditions d'exercice des membres.....	116



IV- Attributions de la Commission Médicale d'Etablissement	116
5.2.3 Modalités de fonctionnement	118
Règlement intérieur du Comité Technique d'Etablissement.....	121
3.1 - Consultation.....	122
3.2 - Information	123
Règlement intérieur de la Commission des.....	129
Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico techniques	129
Article 1^{er}.....	129
Dénomination	129
Article 2	129
Attributions de la Commission des Soins	129
Article 3	130
Composition	130
3.1. - Présidence.....	130
3.2. - Membres élus.....	130
3.3. - Membres désignés	131
5.2.3.1 3.4. - Membres qualifiés.....	132
Article 4	132
Mandat	132
4.2. - Empêchement et absence du titulaire.....	132
4.3. - Cessation anticipée du titulaire.....	132
Article 5	133
Séances de la Commission des Soins	133
Article 6	134
Bureau	134
Article 7	135



<i>Représentants désignés</i>	135
7.1. - Conseil de Surveillance	135
7.2. - Commission Des Usagers (C.D.U).....	135
Article 8	135
<i>Modalités de scrutin</i>	135
8.1. - Modalités de scrutin.....	135
8.6. - Procès verbal	138
8.7. - Electeurs	138
8.8. - Electeurs éligibles	138
8.9. - Sièges des suppléants	138
Article 9	138
<i>Rapport annuel</i>	138
Article 10	139
<i>Publication des travaux</i>	139
Règlement Intérieur du CLUD	140
Comité des Vigilances, des RISques et de la Qualité COVIRISQ	145
Règlement intérieur	145
Charte de sécurité pour l'accès et l'usage du système d'information dans le respect de la confidentialité des données de santé du Centre hospitalier de Saumur	148
- OBJET DU DOCUMENT	148
- CHAMP D'APPLICATION.....	148
- CADRE REGLEMENTAIRE	149
- CRITERES FONDAMENTAUX DE LA SECURITE	150
PRINCIPES.....	150
UNE MISSION SECURITE	150



UN ENJEU TECHNIQUE ET ORGANISATIONNEL	150
UNE GESTION DES RISQUES.....	151
- REGLES DE SECURITE	151
CONFIDENTIALITE DE L'INFORMATION ET OBLIGATION DE DISCRETION	152
PROTECTION DE L'INFORMATION	153
USAGE DES RESSOURCES INFORMATIQUES	155
USAGE DES OUTILS DE COMMUNICATION	156
Usage du téléphone et du fax	156
Usage d'Internet	156
Usage de la messagerie	157
USAGE DES LOGIN ET MOTS DE PASSE (OU CARTES CPS OU EQUIVALENT) 158	
IMAGE DE MARQUE DE L'ETABLISSEMENT	159
- INFORMATIQUE ET LIBERTES	160
- SURVEILLANCE DU SYSTEME D'INFORMATION.....	160
CONTROLE.....	160
TRAÇABILITE	160
ALERTES.....	161
- RESPONSABILITES ET SANCTIONS.....	161
Règlement intérieur de la chambre mortuaire.....	163
Signalement des évènements indésirables	165
CHARTE DE CONFIANCE	165
Sommaire.....	168
Chapitre 1. DUREE DE TRAVAIL	176
5.3 FICHE N°1.1 : PRINCIPES GENERAUX.....	176
5.3.1 1° TEXTES DE REFERENCES	176
5.3.2 2° DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES ET GENERALES.	176



6	Durée annuelle du temps de travail	176
6.1	177	
7	Règles relatives à l'organisation du temps de travail.....	177
7.1	FICHE N°1.2 : FETES LEGALES OU FERIES	183
7.2	FICHE N°1.3 : HEURES SUPPLEMENTAIRES	185
7.3	FICHE N°1.4 : TEMPS PARTIEL	189
	FICHE N°1.5 : JOUR DE RECUPERATION (RTT)	192
	Don de jours de repos par un agent public civil : décret du 28 mai 2015 et décret n°2018-874 du 9 octobre 2018	197
	FICHE N°1.6 : COMPTE EPARGNE TEMPS	199
	FICHE N°1.7 : CALCUL DES DROITS A CONGES ANNUELS	203
1°	SI L'AGENT EST RECRUTE EN COURS D'ANNEE.....	203
2°	AGENT CHANGEANT DE QUOTITE EN COURS D'ANNEE.	205
3°	AGENT A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE EN COURS D'ANNEE, SUITE A UN CONGE DE LONGUE DUREE.	206
	Chapitre 2 : CONGES	207
	FICHE N°2.1 : CONGES ANNUELS	207
1°	TEXTE DE REFERENCE	207
2°	PRINCIPES GENERAUX	207
a)	Ouverture des droits à congés :.....	207
	Champ d'application :.....	208
3°	MODALITES D'ATTRIBUTION DES CONGES ANNUELS	209
	Période de référence	209
	Délais de pose des congés annuels	211
	Pose des congés estivaux	211
	Procédure	213
	Cas particuliers	214
	Congés annuels : personnel de jour	219
8	Congés annuels : personnel à temps partiel	219



Congés annuels : personnel de nuit	220
Congés supplémentaires exceptionnels	221
Congés d'hiver ou congés hors saison (hors période).....	222
Congés bonifiés	224
Congés bloqués.....	226
Congés pour participer aux activités des organisations de jeunesse et d'activités populaires.	227
Congés pour accomplir une période d'instruction militaire	227
Un agent public civil peut donner des jours de repos à un autre agent public parent d'un enfant gravement malade (Décret n° 2015-580 du 28 mai 2015) ou agent qui vient en aide à une personne atteinte d'un perte d'autonomie d'une particulière gravité ou présentant un handicap (décret n°2018-874 du 9 octobre 2018).	228
FICHE N°2.2 : CONGE MALADIE	230
FICHE N°2.3 : CONGE SUITE A UN ACCIDENT DE SERVICE, ACCIDENT DE TRAVAIL, A UNE MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE, OU A UNE MALADIE PROFESSIONNELLE	236
FICHE N°2.4 : CONGE LONGUE MALADIE.....	241
FICHE N°2.5 : CONGE LONGUE DUREE ; TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE..	243
a) Congé longue durée	243
Temps partiel thérapeutique.....	247
FICHE N°2.6 : CONGE MATERNITE.....	248
FICHE N°2.7 : CONGE DE PATERNITE	257
FICHE N°2.8 : CONGE PARENTAL.....	259
FICHE N°2.9 : CONGE DE PRESENCE PARENTALE	263
FICHE N°2.10 : CONGE D'ADOPTION	265
FICHE N°2.11 : CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE	267
FICHE N°2.12 : CONGES PEDAGOGIQUES	269
Chapitre 3 : AUTORISATIONS D'ABSENCE	270
FICHE N°3.1 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR EVENEMENTS FAMILIAUX .	270
FICHE N°3.2 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR ENFANT MALADE.....	277



FICHE N°3.3 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR LES REPRESENTANTS DES PARENTS D'ELEVES.....	282
FICHE N°3.4 : AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL POUR LA RENTREE SCOLAIRE.....	284
FICHE N°3.5 : AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL POUR ACCOMPAGNER UN ENFANT A UNE VISITE MEDICALE	285
FICHE N°3.6 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR CURE THERMALE.....	286
FICHE N°3.7 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR LA REMISE DE LA MEDAILLE DU TRAVAIL.....	288
FICHE N°3.8 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR FÊTES RELIGIEUSES.....	289
FICHE N°3.9 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR LES DONS DU SANG.....	290
FICHE N°3.10 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR JURY D'ASSISES	290
FICHE N°3.11 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR LES CANDIDATS A UNE FONCTION ELECTIVE.....	292
FICHE N°3.12 : AUTORISATION D'ABSENCE ET CREDIT D'HEURES POUR L'EXERCICE D'UNE FONCTION ELECTIVE	294
FICHE N°3.13 : AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL POUR LA FORMATION DES SAPEURS POMPIERS VOLONTAIRES	296
FICHE N°3.14 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR GROSSESSE	299
FICHE N°3.15 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR EXAMENS DEMANDES PAR LA MEDECINE DU TRAVAIL	302
FICHE N°3.16 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR PARTICIPER A UN JURY D'EXAMENS OU CONCOURS DANS LE CADRE DE LA FORMATION OU PROMOTION PROFESSIONNELLE.....	303
FICHE N°3.17 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR PARTICIPER A UN JURY DE CONCOURS DE LA FONCTION PUBLIQUE OU EN QUALITE DE MAITRE DE STAGE	
303	
FICHE N°3.18 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR RESERVE MILITAIRE	305



8.2 FICHE N°3.19 : AUTORISATION D'ABSENCE DANS LE CADRE D'UNE ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION.....	307
Chapitre 4 : ASTREINTES	309
FICHE N°4.1 : ASTREINTES	309
Chapitre 5 : SEJOURS THERAPEUTIQUES.....	311
FICHE N°5.1 : SEJOURS THERAPEUTIQUES.....	311
Chapitre 6 : FORMATION	313
FICHE N°6.1 : PLAN DE FORMATION	313
1° ACTIONS DE PREPARATION AUX CONCOURS ET EXAMENS.....	314
8.2.1.1.1 Objectif.....	314
2° ACTIONS D'ADAPTATION	314
3° ETUDES PROMOTIONNELLES	315
4° ACTIONS DE RECONVERSION.....	316
FICHE N°6.2 : ACTIONS DE FORMATIONS CHOISIES PAR LES AGENTS EN VUE DE LEUR FORMATION PROFESSIONNELLE, C.F.P., C.P.F.	318
FICHE N°6.3 : ABSENCE POUR ACTION DE FORMATION	321
FICHE N°6.4 : COMPTABILISATION DE LA FORMATION CONTINUE DANS LES CALCULS DE LA BALANCE HORAIRE	322
FICHE N°6.5 : BILAN DE COMPETENCES.....	324
FICHE N°6.6 : VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE.....	325
FICHE N°6.7 : CONCOURS	327
Chapitre 7 : DROIT DE GREVE.....	329
FICHE N°7.1 : DROIT DE GREVE.....	329
Chapitre 8 : DROIT SYNDICAL.....	332
FICHE N°8.1 : DROIT SYNDICAL.....	332
Chapitre 9 : POSITIONS DES AGENTS	342
FICHE N°9.1 : DISPONIBILITE.....	342



FICHE N°9.2 : DETACHEMENT	349
FICHE N°9.3 : POSITION HORS CADRES	353
FICHE N°9.4 : MISE A DISPOSITION	355
Chapitre 10 : CONTRACTUELS	357
FICHE N°10.1 : PRINCIPES GENERAUX.....	357
1° TEXTES DE REFERENCES	357
2° DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES ET GENERALES	358
a) Droits et obligations :	358
Protection sociale :	358
9 Travail à temps partiel :	361
10 Discipline :.....	361
.....	362
ANNEXES.....	362
Annexe n°1 Principe d'organisation de la semaine blanche	362
Annexe n° 2 : Charte de mobilité.....	364
Annexe n° 3 : Charte du temps partiel	366
.....	368
Annexe 4 : Charte de gestion de l'absence non planifiée	368
Objectifs du protocole mobilité	373
Principes de la mobilité.....	374
au Centre Hospitalier de Saumur	374
Définitions	375
Organisation des mobilités sur publication de postes vacants	376



1.1	Un système de publication interne régulier pour donner de la lisibilité aux agents et permettre l'anticipation	376
1.2	Un processus de candidature et de réaffectation fondé sur la règle de la publication	377
1.2.1	Règles de candidature.....	377
1.2.2	Préparation de la candidature	378
1.3	Une durée d'affectation sur chaque poste pour favoriser la mobilité.....	379
1.4	Une mobilité tenant compte des difficultés des agents à effectuer leur mobilité et de la pénibilité au travail.....	380
1.5	Entrée dans le dispositif de mobilité – dispositions transitoires.....	381
	Organisation des mobilités en-dehors du processus de publication	382
1.6	Réorganisation et mobilité.....	382
1.7	Dispositif d'accompagnement à la mobilité et au retour au travail des personnels porteurs de handicap, de restrictions d'aptitude ou inaptitudes...	383
1.7.1	Engagements de l'établissement	384
1.7.2	Engagement de l'agent	388
1.8	Mobilité des agents ayant un métier existant dans un seul service de l'établissement	389
1.9	Réaffectation à la suite d'une mesure disciplinaire	389
	ANNEXES	390
	ANNEXE 1 : distinction des métiers concernés ou non par la règle de mobilité régulière.....	390
	ANNEXE 2 : Cartographie des filières – charte de la mobilité	392
12	Les principes Fondamentaux	404
12.1	Principe de sécurité.....	404
12.2	Principe de régularité	406
12.3	Principe de responsabilité	407



12.4 Principe de réalité.....	407
12.5 Financement	407
13 Définitions	409
13.1 Activités dites de services.....	409
13.2 Les obligations de service et leurs limites.....	410
13.2.1 Obligations quotidiennes : définitions de travail de "jour" et travail de "nuit" liées à l'application de la permanence des soins.....	410
13.2.2 Obligations annuelles.....	411
1b- En travail discontinu.....	411
Lorsqu'un praticien travaille à temps partiel, les obligations de services sont proratisées. (Conférence ANNEXE 4).....	411
2b - En travail continu.....	411
13.2.3 Obligations hebdomadaires.....	417
13.2.4 Obligations mensuelles : les obligations de service "de nuit, de week-end et de jours fériés"	418
13.2.5 Obligations quadrimestrielles.....	420
13.3 Notion de permanence des soins (Arrêté du 30 avril 2003)	420
13.3.1 L'activité médicale en demi- journées.....	420
13.3.2 L'activité en temps médical continu :	421
13.4 Notion de « repos quotidien » et de repos de sécurité	421
13.4.1 - dans les services à permanence sur place :	422
13.4.2 - dans les secteurs à astreintes :	423
13.5 Notion de "sujétion"	424
13.6 Notion de "temps de travail additionnel"	424
13.7 Limites des obligations	426



13.8 Le cas particulier des « insuffisances » : obligations de services non réalisées	
	427
13.9 Les astreintes	427
13.9.1 Rémunération	428
13.9.2 Récupération.....	428
Forfaitisation.....	429
13.10 Disposition d'ordre comptable	429
13.11 Absence d'un médecin inscrit au tableau des permanences sur place ou des astreintes.....	431
(a) Objet	431
13.12 Dispositif des congés	433
13.12.1 Les congés exceptionnels	433
13.12.2Les grèves	
436	
13.12.3 Le congé maladie et accident du travail-accident de trajet	436
(d) Congé maladie	436
(e) Accident de travail-accident de trajet-malade imputable au service.....	437
(f) Le congé maternité (code CM) et le congé paternité	438
f - 3 - Reporter une partie du congé prénatal sur le congé postnatal :.....	440
13.13 La formation.....	445
(a) Objectifs	446
(b) Fonctionnement	447
Les obligations du praticien	448
Ces jours peuvent être cumulés sur 2 ans après validation du directeur.....	449



Ces jours peuvent être cumulés sur 2 ans après validation du directeur,	449
Praticien Hospitalier.....	450
Praticien Attaché / associés	450
Praticien Assistant temps partiel.....	451
Commission FMC	453
(c) Prises en charge financières de la FMC	455
Les outils de gestion du temps de travail.....	457
13.14 Tableau général annuel	457
13.14.1 Activité	457
1a - La description de l'activité.....	457
13.14.2 Organisation	458
13.15 Tableau de service	458
(a) Objectifs	458
(b) Principes	459
(c) Tableau prévisionnel.....	459
(d) Tableau réalisé	460
(e) Calendriers des tableaux de services et des tableaux de gardes :	461
13.16 Modalités réglementaires de calcul pour la rémunération au titre de la permanence.....	462
médicale.....	462
13.16.1 Principes	462
13.16.2 Modalités de calcul du temps additionnel	462
14 TEMPS DE TRAVAIL DES INTERNES.....	463
14.1 Les obligations de service des internes	463
14.2 Modalités de recours en cas de dépassement des obligations de service	465



15 QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES MEDECINS	466
15.1 Accueil du médecin.....	466
15.2 Organisation logistique.....	467
15.3 Prévenir les risques psychosociaux	467
15.4 Gestion du temps de travail.....	467
15.5 Valorisation de l'activité des praticiens	468
15.6 Aspect salariaux et gestion du temps médical	468
15.7 Entretien annuel personnalisé	469
15.8 Les internes	469
ANNEXE 1	470
Tarifs de la permanence des soins au 1^{er} février 2017	470
ANNEXE 2.....	471
2 - En travail continu.....	472
Les textes réglementaires	477
1. Objet et champ d'application	480
1.1 Objectifs généraux du règlement intérieur.....	480
1.2 Objectifs opérationnels du règlement intérieur.....	480
1.3 Cadre de mise en place des astreintes et gardes au CH de Saumur	481
2. L'organisation de la permanence des soins	482
2.1 Définitions.....	482
2.1.1 La permanence des soins (PDS) :.....	482
2.1.2 La continuité des soins :	482
2.1.3 L'organisation par ligne d'astreinte.....	482
2.2 L'organisation des activités et du temps de présence médicale au CH de Saumur	483
3. Principes généraux de décompte du temps en garde et en astreinte	484



3.1 Décompte en garde	484
3.2 Décompte en astreinte.....	485
3.2.1 Le temps pris en compte pour chaque déplacement.....	485
3.2.2 Le temps d'intervention sur place.....	485
3.2.3 Le registre des déplacements en astreinte	486
3.3 Règles de conversion du temps de travail et modalités d'indemnisation	487
3.3.1 Le contrat annuel de temps de travail additionnel	487
3.3.2 Modalités de conversion et d'indemnisation pour l'astreinte	487
3.3.3 Modalités de conversion et d'indemnisation pour la garde	488
4. Astreintes et repos réglementaire.....	490
4.1 Obligation de repos	490
4.2 Repos quotidien, déclinaisons opérationnelles et dérogations.....	490
4.2.1 Repos quotidien pour les gardes	490
4.2.2 Repos quotidien pour les astreintes.....	491
5. Cas particuliers de suspension de la participation à la permanence des soins	
493	
6. Modalités de suivi de cette mise en œuvre	494
Charte de gestion de l'absence non planifiée	496
1. Objectifs.....	496
2. Règles de signalement des absences	496
3. Gestion du remplacement pour une absence inopinée	497
4. Gestion des récupérations et valorisation du remplacement	498
Article 1 : Définition du télétravail.....	502
Article 2 : Objectifs et principes du télétravail au CH de Saumur.....	502
Article 3 : Processus de placement d'un agent en télétravail.....	502
3.1 Une organisation de service formalisée au préalable	503
3.2 Traitement de la demande individuelle de télétravail.....	503
3.3 Situation exceptionnelle	505



Article 4 : gestion du temps de travail	505
4.1 Quotité et planning de télétravail	505
4.2 Cas particulier du télétravail pour raison de santé	506
Article 5 : Organisation pratique du télétravail.....	506
5.1 Informatique et téléphonie	506
5.2 Organisation du travail.....	507
5.3 Aménagement de poste pour agent en situation de handicap.....	508
Article 6 : Protection et droits des professionnels en télétravail.....	508
Article 7 : évaluation du dispositif de télétravail.....	508
15.9 7.1 Evaluation du télétravail au niveau individuel et retrait de l'autorisation	
508	
7.2 Evaluation du dispositif de télétravail au niveau de l'établissement	510
8. Date d'effet	510
INTRODUCTION.....	511
- REGLES DE SECURITE ET CONFIDENTIALITE :	512
Confidentialité de l'information et obligation de discréction	512
Protection de l'information	513
Usage des ressources informatiques.....	514
Usage des outils de communication.....	514
Usage des login et mot de passe (ou cartes CPS ou équivalent).....	515
- TRACABILITE :	516
- INFORMATIQUE ET LIBERTES :	516
- RESPONSABILITES ET SANCTIONS.....	517
ATTESTATION DE LECTURE STAGIAIRE Extrait de la charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information dans le respect de la confidentialité des données de santé du Centre Hospitalier de Saumur.....	518



ATTESTATION DE LECTURE DRH Extrait de la charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information dans le respect de la confidentialité des données de santé du Centre Hospitalier de Saumur.....	519
ATTESTATION DE LECTURE DSI Extrait de la Charte de Sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information dans le respect de la confidentialité des données de santé du Centre Hospitalier de Saumur.....	520
ATTESTATION DE LECTURE DAM Extrait de la Charte de Sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information dans le respect de la confidentialité des données de santé du Centre Hospitalier de Saumur.....	521



1 PREAMBULE

1.1 Présentation du Centre Hospitalier de Saumur

Situé entre Angers et Tours, le Centre Hospitalier de Saumur développe des activités diversifiées en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation et avec un Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes, globalisant une capacité de 460 lits et places.

Etablissement public de santé, le Centre Hospitalier s'appuie sur un plateau technique complet : imagerie, blocs opératoires, pharmacie à usage intérieur, stérilisation, consultations, explorations fonctionnelles, laboratoire de biologie et dépôt de sang.

Une permanence médicale sous forme d'astreintes ou de gardes y est assurée, pour une ouverture continue 24 heures /24 et 365 jours/365 et organiser la continuité des prises en charge.

Le recours en urgence au Centre Hospitalier est organisé au Service d'Accueil des Urgences, disposant de véhicules pour les interventions en Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation SMUR et de 5 lits en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

Pour accueillir tout patient en consultation, ambulatoire, hospitalisation et hébergement, le Centre Hospitalier de Saumur mobilise, en moyenne toute l'année, plus de 1 000 professionnels, répartis sur les différents sites de l'Etablissement :

→ Le Centre Hospitalier situé route de Fontevraud, à Saumur, depuis son déménagement en 1997 du centre-ville pour un espace plus adapté, permettant l'installation d'un plateau technique fonctionnel (radiologie conventionnelle, IRM, scanner, échographie, blocs opératoires, espace physiologique à la maternité, laboratoire/dépôt de sang et pharmacie), doté de moyens logistiques autonomes (dont une unité de production en restauration et une blanchisserie sur place) et dans le cadre du Pôle de Santé Saumurois regroupant un centre de consultations et la Clinique Chirurgicale de la Loire ;

→ Les structures de psychiatrie adultes, en unité d'hospitalisations dans le bâtiment du Vigneau sur le site principal et en extra hospitalier pour l'accueil de jour, au Point du jour situé 106, rue du Mouton et en Centre Médico-Psychologique/ Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel au 4, rue Seigneur ;

→ Le secteur de pédopsychiatrie réalisant des consultations et prises en charge à l'Espace Winnicott en ville de Saumur, 106 rue du Mouton, au CMP installé à Baugé, Maison Pluridisciplinaire de santé, 8 boulevard du Maréchal Foch et au CMP de Doué en Anjou, 5 place René Nicolas ;

→ Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : Résidence Antoine Cristal avec un accueil de jour Alzheimer au 444, rue du Chemin Vert et l'EHPAD Gilles de Tyr disposant d'une Unité d'Hébergement Renforcé, en contrebas de l'hôpital, Route de Fontevraud.

Les différentes spécialités médicales et les prises en charge réalisées au Centre Hospitalier sont organisées en 4 pôles médicaux : le pôle femmes- enfants- spécialités chirurgicales et médico techniques, le pôle médecine- urgences, le pôle de gériatrie et le pôle de psychiatrie.



En cohérence avec les besoins de la population, le Centre Hospitalier est mobilisé dans des démarches de qualité/ sécurité des soins et met en œuvre un projet d'Etablissement, en consolidant l'offre de soins et en développant notamment les activités ambulatoires, les programmes d'éducation thérapeutique, les équipes mobiles et les Soins de Suite et de Réadaptation.

S'inscrivant dans des logiques de filières, le Centre Hospitalier peut assurer des prises en charge complètes en cardiologie et gériatrie, avec la gestion d'un EHPAD à Saumur situé sur deux sites, soit 190 places.

En lien avec les prises en charge diversifiées pour les patients, le CH réalise également des activités d'enseignement à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et à L'institut de Formation d'Aides-Soignants, regroupés Rue Marceau et prochainement intégrés au Pôle de formations du Saumurois.

Le Centre Hospitalier développe également des coopérations sur le territoire local de santé, avec des partenaires privés, des professionnels libéraux et des organisations publiques.

Son rapprochement avec d'autres structures publiques a abouti à une convention de direction commune avec le Centre hospitalier de Longué et l'EHPAD de Montreuil-Bellay.

Intégré depuis juin 2016 au Groupement Hospitalier de Territoire du Maine et Loire, l'Etablissement s'est également investi sur le territoire de santé avec 10 autres établissements publics, dont le CHU d'Angers, désigné comme Etablissement support. Le Centre Hospitalier renforce les partenariats avec le CHU d'Angers en lien avec le Projet Médical Partagé (PMP) validé en 2017 et a établi en novembre 2019 un accord-cadre de coopération médicale, afin de faciliter la mise en œuvre du PMP et de renforcer les coopérations.

Auprès d'interlocuteurs variés, notre communauté hospitalière se mobilise autour des valeurs portées par le service public hospitalier :

- ✓ **L'égalité d'accueil et de prise en charge,**
- ✓ **La neutralité face aux croyances et aux opinions des usagers,**
- ✓ **La continuité et la permanence des soins,**
- ✓ **L'adaptabilité des services en vue de l'intérêt général et des besoins de la population.**

Nos contacts avec tout patient, famille et proche, visiteur, intervenant dans le parcours du patient et entre membres du personnel sont donc guidés par ces principes généraux, dans une perspective d'échanges et de bientraitance.

Ces engagements font concrètement en interne l'objet de réflexions, de formalisations de procédures, de démarches d'évaluation et de valorisations des bonnes pratiques.

En regroupant les documents élaborés en interne, notre intention collective de faire vivre **le Centre Hospitalier de Saumur, un hôpital proche de vous**, se retrouve dans la rédaction d'un règlement intérieur d'Etablissement, largement diffusé.



Encadré par le Code de la Santé Publique, le règlement intérieur s'inscrit également en application du Projet d'Etablissement¹, ayant notamment, sur la période de 2019 à 2023, pour objectif de renforcer la communication interne et externe.

Ce document présente, dans des domaines variés, le contexte juridique et pratique, ainsi que l'application de droits et devoirs au Centre Hospitalier de Saumur.

Evoquant des situations actuellement connues, sont proposées des références aux textes applicables, ainsi qu'un contact pour aller plus loin dans la connaissance du fonctionnement institutionnel. Comme cette rédaction est destinée à tout public, est ouverte la possibilité de faire évoluer cette version et/ou de disposer d'éclairage complémentaire, en contactant les services référents, dans une perspective d'évolution constante.

Après avoir mobilisé divers personnels du Centre Hospitalier désireux de partager leurs pratiques de travail, je souhaite que cette nouvelle présentation du règlement intérieur apporte les informations nécessaires à tout public :

Concernant votre pratique professionnelle et la diffusion de notre culture d'Etablissement, pour le personnel de l'hôpital ;

En matière de connaissances et partages d'informations dans la coordination des parcours de soins, à destination de tout intervenant dans les politiques publiques de santé ;

Pour la qualité de vos relations avec les services du Centre Hospitalier, s'agissant de chaque usager et proche de patients.

Le Directeur

¹ consultable sur site internet CH <http://www.ch-saumur.fr>

1.2 Contexte juridique du présent règlement intérieur

Le Centre Hospitalier de Saumur est un Etablissement Public de Santé, tel que défini à l'Article L 6141-1 du Code de la Santé Publique².

L'obligation de rédiger un règlement intérieur est prévue par le décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et hôpitaux locaux.

Les éléments du règlement intérieur d'un Etablissement Public de Santé se placent dans les modes de gouvernance hospitaliers, dont les principales dernières réformes ont été apportées par

- ✓ la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- ✓ l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation ;
- ✓ la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée ;
- ✓ la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite Loi HPST ;
- ✓ la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 ;
- ✓ la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- ✓ la loi n°2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires ;
- ✓ la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, intégrée dans le plan Ma santé 2022 ;
- ✓ la loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.
- ✓ Les accords du Ségur de la santé, signés le 13 juillet 2020 par le Premier ministre, le ministre des Solidarités et de la Santé et des organisations syndicales représentant les professions non médicales et les personnels médicaux de l'hôpital public. Les orientations données portent sur la revalorisation des métiers des établissements de santé et des EHPAD, ainsi que l'attractivité de l'hôpital public.
- ✓ L'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

Le présent règlement intérieur définit les règles de fonctionnement générales et spécifiques au Centre Hospitalier de Saumur concernant l'organisation médicale, soignante, technique et administrative, ainsi que les dispositions relatives aux différents personnels et aux usagers.

Son contenu est conforme aux obligations législatives et réglementaires du **Code de la Santé Publique**, dont différents articles font référence au règlement intérieur, notamment concernant :

²

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=616A2BD9C207D73CBECEB5EEE9D16D69.tplgfr37s_3?idSectionTA=LEGISCTA000006171463&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20191216



L'élaboration et la diffusion du règlement intérieur

La compétence du chef d'Etablissement, après concertation avec le Directoire : article L. 6143-7 ;
La consultation de la CME et du CTE, car concernant un thème figurant au titre des matières conjointement suivies : Articles R. 6144-1 et R. 6144-40 ;
L'avis rendu par le Conseil de Surveillance : Article L. 6143-1 ;
La communication à toute personne en déposant la demande : Article R. 1112-78 ;
La possibilité de disposer d'une traduction si besoin dans la langue du patient demandeur, en application de l'article L. 1110-13, en tant que l'interprétariat linguistique vise « *à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités* ».

Les principes relatifs à l'installation d'instances et à la définition de modes de gestion

La répartition et le nombre des sièges
au sein de la CME: Article R. 6144-3-2 et Article R. 6144-4 pour les suppléances;
de la CSIRMT : Article R6146-12 et -13 pour les modalités de scrutin;
L'organisation en pôles de l'établissement et leurs règles de fonctionnement : Articles L. 6146-1 et R. 6146-9-2.
la continuité des soins avec, par exemple : les obligations de service des praticiens hospitaliers à temps partiel Article R6152-224, des praticiens hospitaliers à temps plein Article R6152-26 et de la permanence pharmaceutique : Article R6152-221.

Une portée générale dans l'application du règlement intérieur concernant tout type de public interne et externe

La possibilité rappelée pour les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques de consulter le règlement intérieur et de recevoir les explications qui s'y rapportent : Article L. 3211-3 ;
L'application du règlement intérieur de l'établissement d'affectation pour les praticiens attachés prévu par l'Article R. 6152-604, pour les praticiens hospitaliers à temps plein selon l'Article R. 6152-26, destiné aussi aux étudiants hospitaliers en médecine concernés par l'Article R. 6153-55, aux étudiants hospitaliers en pharmacie dans l' Article R. 6153-83 ou encore aux étudiants hospitaliers en maïeutique selon l'Article R. 6153-103 ;
Le respect du règlement intérieur par des professionnels de santé libéraux participant aux missions des établissements publics de santé, en application de l' Article R6146-18 ;
La concordance des principes d'intervention des associations œuvrant en soins palliatifs avec ceux du règlement intérieur de l'Etablissement (prévue en Annexe 11-1 dans la convention type relative aux conditions d'intervention des bénévoles accompagnant les personnes en soins palliatifs).

La diffusion de la culture de la qualité et gestion des risques intégrée aux dispositions du règlement intérieur

L'exploitation des fiches de dysfonctionnement constaté dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients, au niveau de la structure des urgences : Article R. 6123-24 ;
Le mode de gesticions des déclarations des événements porteurs de risque effectuée par un médecin selon l'Article D. 4135-4.



La possibilité de dispositions complémentaires au présent règlement intérieur

Selon le principe d'adaptation du service public, des précisions voire des aménagements aux dispositions décrites dans le présent document sont envisageables.

Les notes de service, diffusées au personnel et mises en ligne sous un répertoire partagé à l'ensemble des postes informatiques, permettent de tenir compte des spécificités et des modifications nécessaires.

Le système de fiche traitant des différentes rubriques du présent règlement intérieur en facilite, par ailleurs, les actualisations.

De manière transitoire et réactive, des modifications dans le fonctionnement de toute institution sanitaire et médico sociale, peuvent avoir lieu, comme lors de l'état d'urgence sanitaire, reconnu par la Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 pour faire face à l'épidémie de Covid-19, remplacé pendant 4 mois par un régime transitoire défini par la Loi n°2020-856 du 9 juillet 2020 organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire.

1.3 Contenu du présent règlement intérieur

En application du Code de la Santé, des textes en vigueur et des préconisations de bonnes pratiques, le règlement intérieur rappelle, définit et précise les règles applicables tant aux patients qu'aux personnels.

Pour le Centre Hospitalier de Saumur, les mesures à appliquer et les informations nécessaires sont présentées ainsi :

PARTIE 1 : Vie institutionnelle : fonctionnement des instances, organisation médicale, soignante, technique et administrative de l'hôpital et pilotage médico économique ;

PARTIE 2 : Dispositions relatives aux patients, résidents et usagers : accueil, mode de prise en charge et hospitalisation, recours à un représentant des usagers et informations nécessaires ;

PARTIE 3 : Dispositions relatives aux personnels : conditions réglementaires de travail, dispositions concernant les règles de conduite dans l'Établissement et dialogue social ;

PARTIE 4 : Sécurité et Environnement : Règles relatives à la sécurité et objectifs de développement durable.

1.4 Méthodologie d'élaboration

De par la diversité de sujets abordés, ce document a fait appel à de nombreux professionnels, impliqués pour partager leurs connaissances et les mettre à disposition.

La rédaction des différentes parties concernées a été réalisée par des services ressources identifiés, en vue de proposer ensuite un contact interne.

Le projet de règlement intérieur, finalisé fin avril 2021, a été présenté par la Direction aux différentes instances de l'Etablissement :

- ✓ **Passage en CME les 13 avril et 18 mai 2021 ;**
- ✓ **Passage en CHSCT le 13 avril 2021 ;**
- ✓ **Passage en CTE le 22 avril 2021 ;**
- ✓ **Passage en CDU le 23 avril 2021 ;**
- ✓ **Présentation en Directoire le 18 mai 2021 ;**
- ✓ **Information en CSIRMT le 27 mai 2021 ;**
- ✓ **Transmission au secrétariat du CVS en mai 2021 ;**



- ✓ Délibération pour avis en Conseil de Surveillance le 30 juin 2021.

1.5 Communication

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier de Saumur

- ✓ est tenu à la disposition des patients, de leurs proches, des personnels et de toute personne en faisant la demande à la Direction Générale au 02-41-53-32-00 et direction@ch-saumur.fr
- ✓ est consultable en interne sur le système documentaire Qualnet ;
- ✓ est mis à disposition à l'espace usagers, installé dans le hall de l'Etablissement ;
- ✓ est téléchargeable sur le site internet du Centre Hospitalier : <http://www.ch-saumur.fr>.

Une évocation est réalisée lors de séances d'intégration des nouveaux personnels, des remplaçants et des internes en médecine. Il est également cité dans le livret d'accueil des patients.

Ce document est réactualisé dès que des évolutions réglementaires et/ou institutionnelles le nécessitent.

Il est ouvert aux réflexions de tout lecteur, en sollicitant des précisions et/ou modifications par l'intermédiaire des référents pour chaque sujet concerné ou plus globalement en sollicitant la Direction Générale **au 02-41-53-32-00 et direction@ch-saumur.fr**

Une version papier peut être sollicitée au secrétariat de la Direction Générale.

Toute demande de traduction fera l'objet en interne d'un accompagnement par les personnels de l'Etablissement, sur la base du document interne recensant les personnels maîtrisant une langue étrangère et la langue des signes.

1.6 Rôle du règlement intérieur dans la qualité des relations avec les usagers

Les représentants des usagers et les membres de la Commission Des Usagers sont associés à l'élaboration des politiques menées dans l'établissement concernant l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers.

Le règlement intérieur se place dans ces démarches, car il reprend les procédures validées et évaluées en CDU, notamment lors de l'analyse des plaintes, réclamations et remerciements.

L'intégration de la CDU dans cette démarche satisfait également aux actions prévues dans le projet des usagers, volet du Projet d'Etablissement 2019-2023, dont l'axe 1 est consacré à promouvoir les droits des usagers et dont l'axe 2-1 concerne la lutte contre les violences en général (usagers-agents) avec une attention sur le rappel des règles et devoirs de chacun.



1.7 Officialisation du présent règlement intérieur

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier est arrêté

en application du Code de la Santé Publique

et notamment son article L.6143-7

par M. Jean-Paul QUILLET

Directeur du Centre Hospitalier de Saumur

Le 1^{er} Juillet 2021



2 VIE INSTITUTIONNELLE

2.1 Instances

En application de l'Article L. 6141-1 CSP, les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière.

Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un Directeur assisté d'un Directoire.

Pour prendre les décisions nécessaires à la bonne conduite de l'établissement, le mode de gestion repose sur des organes représentatifs et d'expression des personnels, avec l'association d'instances dont chacune élabore ses principes de fonctionnement pouvant faire l'objet d'un règlement intérieur.

Une synthèse des attributions des instances de dialogue social est par ailleurs disponible dans le système documentaire interne, en référence RH-OEU SO-IN-001. Ce document permet à l'ensemble des acteurs de l'établissement de connaître les attributions des différentes instances de manière synthétique, de présenter tout sujet ou projet aux instances compétentes et de faciliter la gestion de projet pour les managers.

2.1.1 Instances dirigeantes

2.1.1.1 *Le Conseil de Surveillance*

Rôle

Le Conseil de Surveillance est l'instance décisionnelle, qui s'est substituée depuis 2009 au Conseil d'Administration, appellation et mode de fonctionnement, qui perdure cependant en Etablissements publics sociaux et médico-sociaux (selon l'Article R.315-6 du CASF).

Le Conseil de Surveillance (Article L.6143-1 CSP) se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Attributions

Le Conseil de Surveillance délibère sur le projet d'établissement, les documents budgétaires et les conventions.

Ses missions sont donc de déterminer la politique générale de l'hôpital, avec notamment le Projet d'Etablissement, de définir les orientations stratégiques et de réaliser un suivi constant des activités.

Au Centre Hospitalier de Saumur, il délibère notamment sur :

- le projet d'établissement, établi pour 5 ans maximum, qui définit la politique générale de l'établissement ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement.

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, ainsi que les baux de plus de 18 ans ;
- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Il entend le directeur sur :

- l'EPRD et le programme d'investissement ;
- le CPOM conclu avec l'ARS et ses modifications.

Composition

En application de l'Article R6143-1 CSP, le nombre des membres du conseil de surveillance est égal à quinze :

1 - au titre des représentants des collectivités territoriales

- le maire de la commune de Saumur ou le représentant qu'il désigne
- un autre représentant de la commune de Saumur
- deux représentants de la Communauté d'agglomération Saumur Val de Loire
- le président du Conseil départemental de Maine-et-Loire ou le représentant qu'il désigne

2 - au titre des représentants du personnel

- un membre de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique, désigné par celle-ci
- deux membres désignés par la Commission Médicale d'Etablissement
- deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au Comité Technique d'Etablissement.

3 - au titre des personnalités qualifiées

- deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire
- trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département, dont au moins deux représentants des usagers

Sont invités aux séances du Conseil de Surveillance avec voix consultative : le directeur général de l'ARS (ou son représentant), le directeur de la caisse d'assurance maladie (ou son représentant), un représentant des familles des personnes accueillies en EHPAD.

La nomination des membres du Conseil de Surveillance se réalise en application de l'Article R 6143-4 CSP.

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé saisit à cet effet les autorités et instances appelées à siéger, à être représentées ou à désigner des membres au sein du Conseil de Surveillance.

Les membres des Conseils de Surveillance des Etablissements Publics de Santé, qui ne sont ni membres de droit ni personnalités qualifiées, sont désignés dans les conditions suivantes :



1° Les représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements sont élus, en leur sein, par les organes délibérants de ces collectivités ou de leurs groupements. Si l'un des représentants des collectivités territoriales siégeant au Conseil de Surveillance tombe sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'article L. 6143-6, l'organe délibérant de la collectivité ou de son groupement désigne, en son sein, un nouveau représentant afin de le remplacer.

A défaut de désignation par les collectivités territoriales ou leurs groupements de leurs représentants dans un délai d'un mois après la saisine du directeur général de l'Agence Régionale de Santé, le représentant de l'Etat procède à cette désignation ;

2° Les membres désignés par la Commission Médicale d'Etablissement sont élus au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats ;

3° Le membre désigné par la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est élu, en son sein, par cette commission. L'élection a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats ;

4° Les organisations syndicales appelées à désigner un membre sont déterminées par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies, au sein de l'établissement concerné, à l'occasion des élections au Comité Technique d'Etablissement.

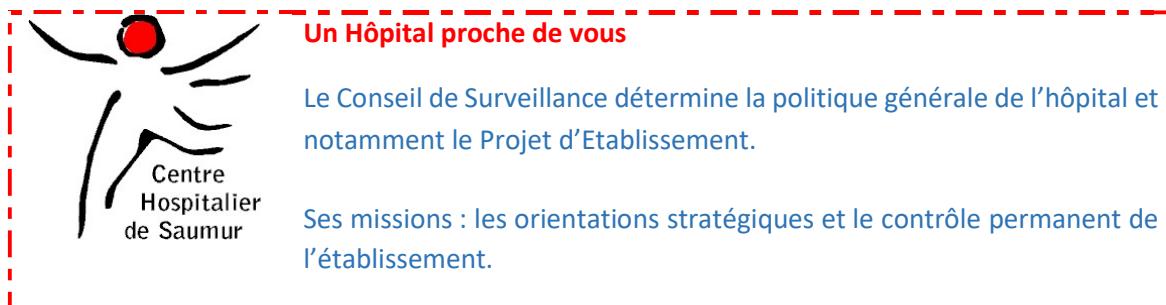
Le Président du Conseil de Surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées (Article R.6143-5 CSP).

Les membres du conseil de surveillance des établissements publics de santé sont nommés par arrêté du directeur général de l'Agence Régionale de Santé de la région siège de leur établissement principal.

Fonctionnement au CH SAUMUR

En application de l'Article R.6143-11 CSP, le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an.

Les séances du Conseil de Surveillance ne sont pas publiques mais un registre des délibérations est consultable (Article R.6143-14 CSP).



Repères	Président Jackie GOULET, Maire de Saumur
Conseil de Surveillance	Vice - Présidente : Nicole PEHU, Représentante des collectivités territoriales et de leurs groupements
(avril 2021)	Actualisation et informations auprès du Secrétariat de Direction : 02-41-53-32-00 et direction@ch-saumur.fr

2.1.1.2 *Le Directeur*

Nomination

Pour les établissements de santé comme le CH de Saumur, le Directeur est nommé par arrêté du directeur général du Centre National de Gestion des personnels de direction des hôpitaux publics.

Responsabilités

Le Directeur, chef d'établissement, préside le Directoire.

Il conduit la politique générale de l'établissement.

Il participe aux séances du Conseil de Surveillance et exécute ses délibérations. Le Directeur soumet au Conseil de Surveillance le projet d'établissement qui définit la stratégie de l'hôpital sur plusieurs années.

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

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

Le Directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement.

Il est assisté d'un Directoire et d'une équipe de direction.

Il intervient en étroite collaboration avec la Commission Médicale d'Etablissement (CME) qui représente le corps médical, dont le/ la Président(e) est le/la vice-président(e) du directoire.

Il travaille avec les partenaires sociaux, en lien avec leurs représentants et les instances.

Il applique les orientations définies par l'Agence Régionale de Santé et des consignes ministrielles concernant les politiques de santé.

Après concertation avec le Directoire, le Directeur :

- conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- décide, conjointement avec la Présidence de la Commission Médicale d'Etablissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement,
- détermine le programme d'investissement après avis de la Commission Médicale d'Etablissement en ce qui concerne les équipements médicaux,
- fixe l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations,



- arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du Conseil de Surveillance,
- arrête l'organisation interne de l'Etablissement et signe les contrats de pôle d'activité,
- conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans,
- arrête le règlement intérieur de l'Etablissement.

Fonctionnement au CH SAUMUR

Selon l'Article D6143-33 CSP, dans le cadre de ses compétences, le Directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature.

Le Directeur général est assisté d'une équipe et de collaborateurs dans différentes directions, selon un organigramme défini et en application de délégations de signature.

 Centre Hospitalier de Saumur	Un Hôpital proche de vous En tant que Chef d'établissement, le Directeur assure la conduite générale de l'établissement, en est le représentant légal, est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il est chargé d'exécuter les délibérations du Conseil de Surveillance (Article L.6143-7 CSP). Directeur Jean-Paul QUILLET
Repères	Equipe de Direction commune CH Saumur – CH Longué et EHPAD Montreuil Bellay Organigrammes
Directeur	Délégation de signature publiée au Recueil des Actes Administratifs du Maine et Loire
(avril 2021)	Actualisation et informations auprès du Secrétariat de Direction : 02-41-53-32-00 et direction@ch-saumur.fr

2.1.1.3 *Le Directoire*

Le Directoire est l'instance qui appuie et conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Instance collégiale et lieu de concertation, selon l'Article D. 6143-35-5 CSP, le Directoire est un lieu d'échange des points de vues gestionnaires, médicaux et soignants.

Sa mission principale est de veiller à la cohérence des projets de pôles avec le projet médical, et avec l'ensemble du projet d'Etablissement.

Rôle

Le Directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Il conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il est concerté par le directeur sur les thèmes présentés en page précédente.

Membres du Directoire

Le Directoire est composé d'une majorité de membres du personnel médical. Au Centre Hospitalier de Saumur, il comporte des membres de droit, des membres nommés et des invités à titre permanent :

- le Directeur, Président du Directoire ;
- le président de la Commission Médicale d'Etablissement, vice-président du Directoire ;
- la présidente de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;
- les chefs de pôle ;
- les directeurs adjoints associés au fonctionnement des pôles ;
- les adjoints aux chefs de pôle ;
- le praticien responsable de l'information médicale.

Le directeur nomme les membres du Directoire sur proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement pour les membres du corps médical.

Le vice-président du Directoire est le/la président(e) de la Commission Médicale d'Etablissement, en application de l'Article L. 6143-7-3 CSP.

Une décision constitutive valide cette composition.

Le Directoire est réuni au moins 8 fois par an, sur un ordre du jour déterminé.





Un Hôpital proche de vous

Pilotage médico économique de l'Etablissement

Président : Jean-Paul QUILLET, Directeur

Vice Présidente : Mme le Docteur Sophie POCHIC

Repères

Directoire

(avril 2021)

Actualisation et informations auprès du Secrétariat de Direction :

02-41-53-32-00 et direction@ch-saumur.fr



**Centre Hospitalier
de Saumur**
Un hôpital proche de vous

2.1.1.4 La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

La Commission Médicale d'Etablissement (Article L.6144-1 CSP), représentant l'ensemble des personnels médicaux, est l'instance délibérative et consultative, qui associe au fonctionnement de l'Etablissement le corps médical.

Comme rappelé à Article L6152-1 CSP, le personnel des établissements publics de santé comprend, outre les agents relevant de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les personnels enseignants et hospitaliers mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation et les personnels mentionnés à l'article L. 6147-9 qui y exercent : des médecins, des dentistes et des pharmaciens, sous différents statuts.

Rôle

La mission principale de la CME est de contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Attributions

En application de l'Article R.6144-1, la Commission Médicale d'Etablissement est consultée sur les matières suivantes :

- 1° Le projet médical de l'établissement ;
- 2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- 3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- 4° La politique de formation des étudiants et internes ;
- 5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 6° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 7° La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2 (coopérations pour répondre aux besoins de santé de la population) ;
- 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- 10° Le règlement intérieur de l'Etablissement ;
- 11° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

Certaines attributions de la CME sont communes à celles du CTE car existent des matières sur lesquelles le Comité Technique d'Etablissement est également saisi :



les projets de délibération en Conseil de Surveillance, les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel, le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 CSP, l'organisation interne de l'établissement, les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants, la gestion prévisionnelle des emplois et compétences et la convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

Composition

Selon l'Article L6144-2 CSP, La commission médicale d'établissement est composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques. Elle élit son président son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres (Article R6144-5 CSP).

L'Article R6144-3I CSP détermine les membres de la CME :

- 1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ;
- 2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- 3° Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- 4° Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
- 5° Des représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
- 6° Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie ;
- 7° Un représentant des étudiants hospitaliers en second cycle des études de maïeutique, lorsque la structure de formation en maïeutique est rattachée à un centre hospitalier.

II.-Assistant en outre avec voix consultative :

- 1° Le président du directoire ou son représentant ;
- 2° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 3° Le praticien référent de l'information médicale ;
- 4° Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
- 5° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- 6° Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.

Selon le Décret n°2010-439 du 30 avril 2010 - art. 1 , 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.



En application de ces principes et selon l'Article R6144-3-2 CSP, la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de Saumur est composée des membres issus de la communauté médicale suivants :

Membres de droit :

- l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'Etablissement.
Au Centre Hospitalier de Saumur, est installé un collège de 4 membres.

Membres élus :

- des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles. Le nombre de siège à pourvoir est égal au nombre des chefs de pôle. Si un chef de service est également chef de pôle il ne peut siéger qu'à ce dernier titre.
Au Centre Hospitalier de Saumur, est installé un collège de 4 membres élus titulaires et de 4 membres suppléants.
- des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement.
Au Centre Hospitalier de Saumur, est installé un collège de 4 membres élus titulaires et 4 membres suppléants.
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement, correspondant à un collège de 4 membres élus titulaires et 4 membres suppléants
- Des représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique, correspondant à un collège de 2 membres élus titulaires et 2 membres suppléants.
- Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale et un suppléant, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités et un suppléant, un représentant pour les internes de pharmacie et un suppléant.

Participant aux séances de la Commission Médicale d'Etablissement avec voix consultative :

- le président du Directoire ou son représentant ;
- le président de la CSIRMT ;
- le praticien responsable de l'information médicale (DIM)
- le représentant du CTE, élu en son sein ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.(EOH)
- un représentant des pharmaciens hospitaliers

Si le praticien responsable du DIM et/ou de l'EOH sont membres de droit ils siègent à ce titre.

Les modalités de vote concernant certains représentants sont exposées à l'Article R6144-4. Le mandat est fixé à 4 ans.

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au Directeur de l'établissement. Il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la Commission Médicale d'Etablissement



Fonctionnement au CH SAUMUR

Disponible en Annexe, un Règlement intérieur spécifique, validé lors de la Commission Médicale d'Etablissement du 15 septembre 2015, précise l'organisation de la CME.

L'article R.714-16-25 CSP précise que « *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 elles ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.* »

Un Hôpital proche de vous	
 Centre Hospitalier de Saumur	Présidente : Mme le Docteur Sophie POCHIC
Repères	Vice-Présidente : Mme le Docteur Isabelle MOYA
CME	instance délibérative et consultative
(avril 2021)	représente l'ensemble des personnels médicaux. Actualisation et informations auprès du Secrétariat de la CME secretariat.cme@ch-saumur.fr



2.1.1.5 Le Comité Technique d'Etablissement (CTE)

Le Comité Technique d'Etablissement est l'instance consultative représentant les personnels non médicaux.

Attributions

Les avis sur CTE portent sur des matières également soumises à consultations de la CME et énumérées précédemment.

S'y ajoutent, les matières suivantes présentées dans l'article R. 6144-40 :

1° 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 ;

2° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;

3° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;

4° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;

5° 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 ;

6° Le règlement intérieur de l'établissement.

Concernant l'organisation et le fonctionnement général de l'établissement, le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement.

Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ainsi que du budget prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 (la constitution et la participation à une des formes de coopération en réseaux de santé, relevant des possibilités de proposition du Directeur, après concertation avec le Directoire).

Composition

En application de l'article R6144-42 CSP, le Comité Technique d'Etablissement comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, Président, les représentants du personnel, dont le nombre est fixé selon la taille de l'Etablissement.

Pour le CH SAUMUR, 10 membres titulaires et 10 membres suppléants y siègent, en tant que représentants du personnel pour un mandat renouvelable de quatre ans, selon les résultats des élections professionnelles locales.

Placé sous la présidence du chef d'Etablissement, le CTE élit parmi les membres titulaires un secrétaire (Article R6144-72).

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.



Fonctionnement au CH SAUMUR

Les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le Président du CTE à la connaissance du Conseil de surveillance de l'établissement. Les personnels en sont également informés dans un délai de quinze jours (Article R6144-75 CSP).

Selon l'Article R6144-68, chaque comité établit son règlement intérieur.



Un Hôpital proche de vous

Président : Jean-Paul QUILLET, Directeur

Secrétaire : Manuela COURANT, représentante des personnels

Instance consultative : selon les sujets, consulté ou informé sur l'organisation du travail et le fonctionnement général de l'établissement

Représente les personnels non médicaux

Repères

CTE

(avril 2021)

Actualisation et informations auprès du Secrétariat administratif du CTE : secretariat.drh@ch-saumur.fr



2.1.1.6 Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) est une instance représentative du personnel obligatoire, dans les structures employant au moins 50 agents, comme prévu par le Code du travail, Article R4615-3 : *L'effectif à prendre en considération est l'effectif réel de l'ensemble des personnels, y compris les personnels médicaux, employés dans l'établissement ou le syndicat interhospitalier au 31 décembre de la dernière année civile.*

Rôle

Les missions du CHSCT portent sur la protection de la santé physique et mentale, la sécurité des travailleurs de l'établissement et l'amélioration des conditions de travail. Le CHSCT veille à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières.

Composition

En application de l'Article R4615-12 du Code du Travail, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est présidé par le chef d'établissement ou le secrétaire général du syndicat interhospitalier ou son représentant.

Outre les médecins du travail, assistent aux réunions du comité à titre consultatif : le responsable des services économiques ; l'ingénieur ou, à défaut, le technicien chargé de l'entretien des installations ; l'infirmier général (désormais appelé Directeur/rice des soins) et un professeur des universités-praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène.

Le recours à un expert en matière de santé et sécurité au travail ou d'organisation du travail et de la production est possible (Article R4614-6 Code du Travail).

Les missions du CHSCT (Articles L 4612-1 à L 4612-8 du Code du travail)

Le comité procède à l'analyse des conditions de travail, des risques professionnels auxquels peuvent être soumis les agents ainsi que leur exposition aux facteurs de pénibilité. A ce titre, il effectue, au moins une fois par trimestre des inspections dans l'exercice de ses missions.

Il assure la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et mène des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Il a un rôle d'initiative et consultatif essentiel en matière de prévention des risques psycho-sociaux (RPS) et de promotion de la qualité de vie au travail (QVT).

Il donne son avis sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur et peut proposer des actions de prévention en matière de harcèlement sexuel ou de harcèlement moral.

Il est également consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail, d'un changement d'organisation du travail.



Constitution du CHSCT

Le CHSCT est présidé par le chef d'établissement (art. L.4614-1).

Une délégation du personnel qui comprend des représentants des personnels médicaux et non médicaux, dont le nombre est fixé en fonction de la tranche d'effectifs dans laquelle se trouve l'établissement (art. R.4615-9). Des représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes sont désignés par la commission médicale d'établissement en son sein.

Des représentants des personnels non médicaux désignés par les organisations syndicales existant dans l'établissement ; les sièges sont répartis proportionnellement au nombre de voix qu'elles ont obtenues lors des élections au comité technique d'établissement (art. R.4615-11).

Réunions et moyens mis à la disposition du CHSCT pour exercer ses missions

Le chef d'établissement est tenu d'organiser des réunions du CHSCT au moins une fois par trimestre, plus fréquemment en cas de besoin (art. L 4614-7).

Le CHSCT reçoit du chef d'établissement les informations qui lui sont nécessaires pour l'exercice de ses missions ainsi que les moyens nécessaires à la préparation et à l'organisation des réunions et aux déplacements imposés par les enquêtes ou inspections (art. L 4614-9).

Au moins une fois par an, le chef d'établissement présente au comité un rapport écrit faisant le bilan de la situation générale de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et concernant les actions qui ont été menées au cours de l'année écoulée, ainsi qu'un programme annuel de prévention.

Le chef d'établissement est tenu de laisser à chacun des représentants du personnel un crédit d'heures mensuel fixé en fonction de la tranche d'effectifs de l'établissement (art. L4614-3). Les représentants du personnel peuvent répartir entre eux les crédits d'heures dont ils disposent (art. L 4614-5).

Les représentants du personnel au CHSCT bénéficient d'un congé de formation avec traitement d'une durée maximale de 5 jours pour la durée du mandat (art. R4615-14 à R 4615-21 du Code du travail).

Fonctionnement au CH SAUMUR

La délégation du personnel est fixée par strates d'agents () et correspond pour le Centre Hospitalier de SAUMUR à six représentants titulaires et autant de suppléants, dont le Secrétaire de l'instance et son adjoint(e).

La liste des membres du CHSCT est portée à la connaissance des personnels par voie d'affichage, pour information et prise de contacts.



Perspectives

Parallèlement aux nouvelles pratiques du Code du Travail instituant un Comité social et économique dans les entreprises d'au moins onze salariés (article L2311-2), en substitution aux autres formes et instances représentatives du personnel, dont le CHSCT, la loi n°2019-828 du 6 août 2019 modifie l' Article L6144-3 CSP. La création d'un Comité Social d'Etablissement fusionnera les instances du CTE et du CHSCT, en ouvrant même la possibilité d'aller plus loin en intégrant également la CME dans un comité d'établissement, selon une expérimentation rendue possible par l'article L6144-6-1 CSP.

Des décrets d'application sont attendus pour préciser la composition, les modes de désignation des membres, l'organisation en sous commissions spécialisées, les moyens mis à disposition et les règles de fonctionnement des futurs comités sociaux d'établissement.

L'échéance fixée pour l'entrée en vigueur de ces dispositions est liée au prochain renouvellement général des instances dans la fonction publique, en décembre 2022 si l'actuel mandat de 4 ans est poursuivi.



**Repères
CHSCT
(avril 2021)**

Un Hôpital proche de vous

Président : Jean-Paul QUILLET, Directeur Général du Centre Hospitalier de Saumur

Secrétaire : Olivier GOIZIL, représentant des personnels
est une instance représentative du personnel obligatoire dans toutes les entreprises de plus de 50 salariés.

Ses missions : la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement, l'amélioration des conditions de travail

**Liste des membres du CHSCT affichée
chsct@ch-saumur.fr**



**Centre Hospitalier
de Saumur**
Un hôpital proche de vous

2.1.1.7 La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

Rôle

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), reposant sur l'Article L. 6146-9 CSP, a pour finalité majeure de reconnaître et de valoriser le droit d'expression des professionnels du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Cette instance, représentant les personnels soignants, est présidée par le/ la Directeur/rice des soins désigné(e) comme coordonnateur général des soins au sein de l'Etablissement.

Attributions

La CSIRMT donne son avis sur le projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques, l'organisation générale des soins, 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 et la politique de développement professionnel continu.

La CSIRMT est informée sur le règlement intérieur de l'établissement, la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 CSP (participation de professionnels libéraux à des activités de service public) et le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Composition

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques regroupe des représentants élus pour 4 ans (ce mandat est renouvelable) de différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Ces professionnels sont représentés par 3 collèges :

- Collège des cadres de santé,
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Collège des aides-soignants.

Fonctionnement au CH SAUMUR

Le règlement intérieur de la CSIRMT précise le mode de fonctionnement de cette instance et a installé un bureau de l'instance.

La CSIRMT se réunit au moins 3 fois dans l'année.

Le nombre de membres titulaires au sein de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est actuellement déterminé à 24, avec des possibilités d'évolutions dans leur répartition selon les effectifs présents au sein de chaque collège professionnel. Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires.

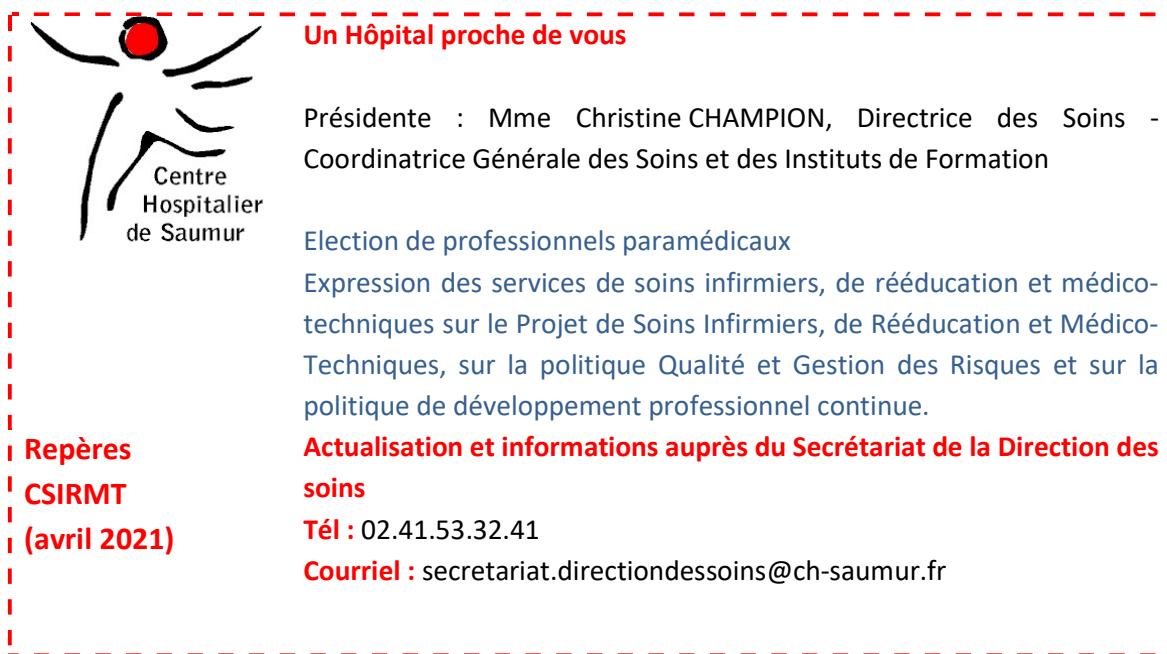
Les modalités du scrutin, notamment les conditions du vote par correspondance, sont établies dans les documents préparatoires aux élections en CSIRMT, dans le respect des principes généraux du droit électoral, en vue de garantir la sincérité du scrutin.

Les conditions du vote par correspondance visent à assurer qu'aucun bulletin des votants par correspondance ne soit écarté. Ainsi les consignes de vote intègrent ces points de vigilance et informent des délais et échéances nécessaires pour être intégrés au dépouillement.



D'un point de vue matériel, l'existence d'une double enveloppe permet de protéger le secret du vote : l'enveloppe indiquant l'identité du personnel, son collège ainsi que l'unité où il travaille permet de comptabiliser son vote intégrée dans une enveloppe de vote neutre, ne portant aucun signe distinctif.

- ✓ la première enveloppe (nom/prénom/collège/service), majoritairement adressée par courrier interne, arrive à la DG / à la DS: elle permet d'émerger le vote de l'agent ;
- ✓ la deuxième enveloppe est introduite dans l'urne correspondante : elle permet de faire voter l'agent une fois que le bureau de vote est fermé et avant le comptage



2.1.1.8 La Commission des Usagers (CDU) et la représentation des usagers dans différentes instances

Les patients et leurs familles participent au fonctionnement de l'Etablissement, en étant représentés dans différentes instances et groupes de réflexions internes. Des représentants des usagers, désignés parmi des associations agréées, selon l'Article L1112-3 CSP, siègent en conseil de surveillance et dans différents comités. L'hôpital facilite également l'intervention des associations de bénévoles, qui doivent avoir conclu une convention avec l'établissement.

Une instance spécifique, la Commission des Usagers (CDU), renforce le lien entre l'établissement et les usagers. Précédemment connue sous le nom de Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge CRUQPC, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dans son article 183, précisée par le Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 confirme les relations entre l'établissement et les usagers, afin d'assurer le respect des droits et obligations des hospitalisés.

Missions de la CDU

Dans chaque établissement de santé, la commission des usagers, selon l'Article L1112-3 CSP³,

- veille au respect du droit des usagers ;
- contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients et familles et de leur prise en charge ;
- est consultée sur la politique de l'établissement en matière d'accueil et de prise en charge et avance des propositions ;
- est informée des plaintes ou réclamations des usagers et des suites données ; est informée des actions correctives mises en place en cas d'événements indésirables graves et peut les analyser,
- recueille les observations réalisées par les associations conventionnées intervenant dans l'établissement,
- peut proposer un « projet des usagers ».
- présente un rapport transmis (après délibération au conseil de surveillance) à l'ARS.

Composition de la CDU

La CDU est constituée par:

- le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- un médiateur médecin et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- un médiateur non médecin et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, mandatés par une association agréée et désignés par le directeur général de l'ARS (conformément au premier alinéa de l'article L. 1112-83 CSP).

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

D'autres membres facultatifs sont associés à la CDU du Centre Hospitalier de Saumur:

³<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031931808&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200228&oldAction=rechCodeArticle&fastReqId=2093719087&nbResultRech=1>

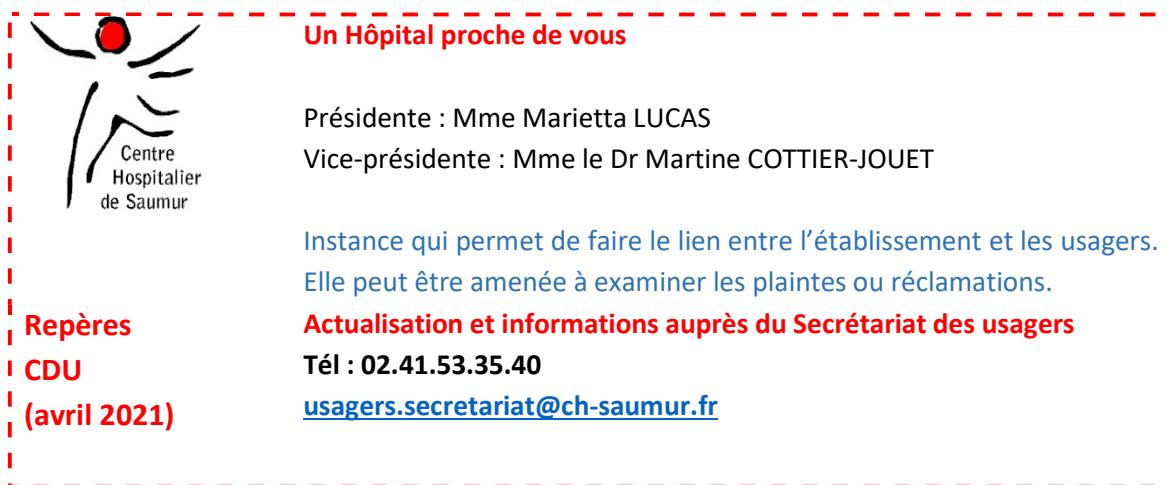
- Le Président de la commission médicale d'établissement ou les représentants qu'il désigne parmi les médecins membres de la commission ;
- Un représentant de la commission du service de soins infirmiers et son suppléant, désignés par le directeur du service de soins infirmiers parmi les membres mentionnés au b de l'article R.714-62-2 ;
- Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;
- Un représentant du conseil d'administration et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Les mandats sont de trois ans renouvelables.

Interventions des membres de la CDU

La liste nominative et actualisée des membres de la CDU est affichée et remise dans le livret d'accueil.

L'auteur de la plainte ou d'une réclamation peut se faire accompagner d'un représentant des usagers (membre de la CDU) pour la rencontre avec le médiateur.



2.1.1.9 Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Le Conseil de la Vie Sociale est un lieu d'échanges au sein de chaque Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Il a été institué par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, défini par l'article L. 311-6 du Code de l'action sociale et des familles et complété par les dispositions du Décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005.

Les membres du CVS interviennent dans la vie de l'EHPAD et assurent également le lien avec l'institution, comme un membre y siégeant est désigné au sein du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier.

Missions du CVS

Le Conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement (article D 311-15 du Code de l'action sociale et des familles), notamment sur :

- ✓ L'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les 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 ses participants,
- ✓ Les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge...

Composition

Pour l'EHPAD rattaché au Centre Hospitalier de Saumur, la composition du CVS a été établie comme suit :

1 Membres avec voix délibérative élus ou désignés par leurs pairs

Le Conseil de la Vie Sociale comporte 6 membres avec voix délibérative, répartis en 4 collèges :

- ♦ 2 représentants des résidents (soit 1 représentant par résidence),
- ♦ 2 représentants des familles ou représentants légaux,
- ♦ 1 représentant du personnel,
- ♦ 1 représentant de l'organisme gestionnaire

Les deux premiers collèges représentent plus de la moitié du nombre total des membres du Conseil de la Vie Sociale ayant une voix délibérative.

2 Membres avec voix consultative

Le Conseil de la Vie Sociale comporte différents membres avec voix consultative :

- ♦ Le directeur de l'Etablissement ou son représentant,
- ♦ Le médecin coordonnateur,
- ♦ Le directeur adjoint en charge de la filière gériatrique,
- ♦ Le directeur adjoint en charge des relations avec les usagers,
- ♦ Le directeur des soins ou son représentant cadre supérieur de santé,
- ♦ Les cadres de santé/ infirmiers coordonnateurs de chaque résidence.



3 Personnes conviées à assister aux séances du Conseil de la Vie Sociale à titre consultatif

Ces personnes conviées à titre consultatif sont invitées à assister aux séances du Conseil de la Vie Sociale en fonction de l'ordre du jour prévu.

Il peut s'agir de professionnels rattachés à la structure ou de non professionnels, tels qu'un représentant de l'association Accueil et Partage ou tout autre représentant des usagers du système de santé.

Le Conseil de la Vie Sociale se réservera également la possibilité de faire intervenir des experts comme les animateurs.

Un représentant élu de la commune d'implantation de l'activité ou un représentant élu d'un groupement de coopération intercommunal peut être invité par le Conseil de la Vie Sociale à assister aux débats. Néanmoins, le fait d'être rémunéré par l'Etablissement constitue à lui seul un motif d'incompatibilité avec la représentation de la commune d'implantation ou d'un groupement de coopération intercommunal.

Fonctionnement du CVS au Centre Hospitalier de Saumur

La liste nominative et actualisée des membres du CVS est affichée sur les deux sites de l'EHPAD et est intégrée au livret d'accueil de l'EHPAD.

Si le CVS est commun aux deux résidences (Gilles de Tyr et Antoine Cristal) constituant l'EHPAD, des représentants des résidents et de leurs familles ont été désignés au sein de chaque résidence. Le CVS se tient à tour de rôle sur chaque site.

Un règlement intérieur pour l'élection des représentants des résidents et des représentants des familles ou des représentants légaux au Conseil de la Vie Sociale a été rédigé en juillet 2019. Ces élections ont abouti à désigner une nouvelle composition du CVS en septembre 2019 pour trois ans. Un règlement intérieur de l'instance a été rédigé en décembre 2019.

Le CVS se réunit au moins trois fois dans l'année, sur convocation du président (ou de son représentant) qui fixe l'ordre du jour. Celui-ci est communiqué huit jours avant, avec, le cas échéant, toutes les informations nécessaires à sa compréhension.

Il est réuni, de plein droit, à la demande soit des 2/3 de ses membres, soit de la personne publique gestionnaire.

Le CVS délibère sur les questions à l'ordre du jour, à la majorité de ses membres présents, ayant voix délibérative. Les avis ne sont valablement émis que si le nombre des représentants des résidents et des représentants des familles est supérieur à la moitié des membres. Dans le cas contraire, l'examen de la question est renvoyé à une séance ultérieure.

Un relevé des conclusions est établi après chaque séance par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accueillies, assisté si besoin par l'administration. Il peut être consulté sur place par tous les résidents, toutes les familles et tous les représentants légaux.

Les informations nominatives échangées ne peuvent être communiquées.





Un Hôpital proche de vous

Président : M. Armel TARTROU, résident

Vice président : M. Christian LEAU, représentant les familles

Instance amené à formuler des avis et déposer des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'EHPAD

Repères

CVS

(avril 2021)

Actualisation et informations auprès des Secrétariats de chaque résidence

Résidence Antoine Cristal

444 rue du Chemin Vert

49400 SAUMUR

Tel : 02-41-38-38-11

Résidence Gilles de Tyr

Route de Fontevraud

49400 SAUMUR

Tel : 02-41-53-35-80



2.1.2 Instances consultatives

Des commissions et groupes de travail, émanant parfois d'une instance, enrichissent les échanges internes.

Le **Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)** définit au sein de l'établissement une politique de prise en charge de la douleur, en développant la formation continue auprès des professionnels pour une meilleure connaissance des techniques et possibilités thérapeutiques antalgiques. L'article L1112-4 CSP indique que « les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis ».

Le **Comité de Liaison Alimentaire et Nutrition (CLAN)** a pour objectif de réunir et de sensibiliser les professionnels impliqués dans l'alimentation des patients hospitalisés en vue de l'optimisation de la prise en charge nutritionnelle. Une diététicienne participe à cette instance, comme le service diététique est chargé de l'évaluation des patients dans ce domaine au sein de l'établissement.

Le **Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)** est chargé de la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, définies par l'Article R6111-6CSP comme étant les infections associées aux soins contractées dans un établissement de santé. Le CLIN s'appuie sur l'expertise de l'équipe opérationnelle d'hygiène, qui assiste la commission médicale d'établissement dans la proposition des actions de lutte contre les infections nosocomiales et dans l'élaboration des indicateurs de suivi et pour la mise en œuvre de ces mesures.

Le **Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH)** a pour mission de contribuer par ses études et ses propositions à l'amélioration de la sécurité des patients qui sont transfusés. Il veille à la mise en œuvre des règles et procédures d'hémovigilance et est notamment chargé de la coordination des actions d'hémovigilance entreprises au sein de l'établissement de santé (Article R666-12-16). L'hémovigilance est un élément de la sécurité transfusionnelle. Elle concerne toutes les étapes de préparation, prescription et délivrance pour toute unité préparée d'un produit sanguin labile.

D'autres domaines de vigilance font l'objet de discussions pluridisciplinaires et regroupent donc des professionnels de différents secteurs comme en matière d'identitovigilance, matériovigilance, radioprotection et en **Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)**, appliquant le contrat du bon usage du médicament.

Le COmité des Vigilances, des RISques et de la Qualité (**COVIRISQ**) met en œuvre la politique qualité et gestion des risques de l'établissement validé par la CME. Il assure notamment le suivi et la coordination entre les différents domaines de risques dont les vigilances et les différentes démarches qualité mises en œuvre au sein de l'établissement ainsi que le suivi des démarches d'évaluation externes de la qualité (certification, évaluation interne / externe).



2.1.3 Dialogue social

2.1.3.1 *La CAPL (Commission Administrative Paritaire Locale)*

La CAPL est une instance composée de représentants du personnel et de l'administration, chargée d'émettre un avis sur tous les événements individuels relatifs à la carrière de l'agent. Elle examine notamment :

- Les titularisations
- Les avancements de grades
- Les avancements d'échelons
- Les demandes d'intégration dans la FPH après une période de détachement

Elle peut être saisie également en matière disciplinaire.

La loi de transformation de la fonction publique modifie les attributions des CAP en supprimant sa consultation sur toutes les mobilités (mutations, détachements, mises à dispositions,) au 1^{er} janvier 2020. Ont suivi d'autres suppressions de compétences, notamment sur les promotions à partir du 1^{er} janvier 2021, ainsi que sur les recours.

2.1.3.2 *Elus et représentants des personnels*

Les organisations syndicales présentent dans l'établissement disposent de sections locales, installées dans les locaux mis à disposition.



2.2 Organisation du Centre Hospitalier de Saumur

Selon l'Article L.6146-1 CSP, tout Etablissement Public de Santé définit librement son organisation interne, pour l'accomplissement de ses missions et dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables.

2.2.1 Organisation des pôles

2.2.1.1 *Unités/ services médicaux et unités médico techniques*

Le Centre Hospitalier de Saumur est structuré en services médicaux et médico-techniques, eux-mêmes pouvant être subdivisés en unités médicales et médico techniques. Ces services et unités sont regroupés au sein de pôles d'activité clinique et médico-techniques.

Relèvent conjointement du chef d'Etablissement et du Président de la CME : la création de ces unités, ainsi que la nomination de responsables de service, sur la base d'un projet de service et sur proposition du chef de pôle.

Les chefs de service sont chargés, en lien avec les cadres de santé, de l'organisation de la prise en charge des patients au sein du service. Ils veillent à la diffusion et au retour d'informations auprès des équipes.

2.2.1.2 *Constitution de pôles*

Les principes de gouvernance hospitalière ont été déterminés par la Loi Hôpital, patients, santé, territoire du 21 juillet 2009, par le Décret N°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité et l'Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

Le Centre Hospitalier est structuré en cinq pôles regroupant ses différentes activités et participant à leur cohésion. Conformément au projet médical, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité.

A côté d'un Pôle de gestion à caractère administratif, technique et logistique regroupant les services administratifs, logistiques et les instituts de formation, l'offre de soins est organisée au Centre Hospitalier de Saumur, début 2021, en quatre pôles d'activité clinique et médico technique :

- Le Pôle Médecine-Urgences
- Le Pôle Psychiatrie
- Le pôle Gériatrie
- Le pôle Femme-Enfant, Spécialités Chirurgicales, Unités Médico-Techniques (FESC-UMT)

Le périmètre des pôles et les services les composant, ainsi que leur gouvernance sont évoqués en directoire et font l'objet de communications institutionnelles.



Sont ainsi désignés pour chaque pôle :

- ✓ **un chef de pôle** avec possibilité au Centre Hospitalier de Saumur d'être suppléé par un adjoint au chef de pôle. Le chef de pôle est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement, en application de l'Article L 6146-1 CSP.

La durée du mandat des chefs de pôle est fixée à quatre ans renouvelables, sauf lorsque le titulaire quitte l'Etablissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il a été nommé.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens mentionnés à l'article 1, 2° et 3° L. 6152-1.

Le directeur de l'établissement et le Président de la CME signent conjointement avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle pour une durée de 4 ans.

Le contrat est conforme au projet médical de l'établissement et applique le CPOM, les orientations du SROS et le projet médical partagé du GHT.

Des avenants au contrat de pôle peuvent être signés pour l'ajustement d'objectifs ou des projets spécifiques.

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

Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle. Il veille à la production et au suivi d'indicateurs de suivi et à la saisie correcte, rapide et exhaustive de l'activité dans les délais impartis.

- ✓ **un directeur référent** : désigné par le Directeur, il le représente dans le pôle. Le directeur référent assure une mission d'appui auprès du chef de pôle en matière de stratégie et de gestion de projet, ainsi que d'accompagnement et d'expertise.
- ✓ **un cadre supérieur de pôle** : collaborateur du chef de pôle, le cadre supérieur de pôle contribue à la mise en œuvre et l'évaluation du projet de soins dans le pôle. Il a la responsabilité de la coordination et de l'organisation des activités de soins et médico-techniques des services du pôle.
- ✓ **un secrétaire de pôle** est nommé pour assurer la continuité administrative dans la gestion des ordres du jour, compte rendus et préparations de réunions tenues au sein du pôle. Après avoir fait acte de candidature, le / la secrétaire de pôle est désigné(e) par le chef de pôle, sur proposition du cadre supérieur du pôle et du coordonnateur des secrétariats de l'établissement.



2.2.1.3 *Gestion des pôles*

En s'appuyant sur les membres du bureau de pôle, **un contrat de pôle et un projet de pôle sont établis.**

Le **comité de pilotage du pôle** est constitué du chef de pôle, du directeur référent, du cadre supérieur de pôle et éventuellement de la secrétaire de pôle, qui se réunit à minima à rythme trimestriel. Ce comité suit les projets, organise les bureaux de pôle, suit les indicateurs du pôle, les délégations de gestion, prépare les remontées des choix d'investissement du pôle et la mise en œuvre du contrat de pôle.

Le bureau de pôle est présidé par le chef de pôle et réunit à rythme trimestriel (ou davantage) les membres du comité de pilotage du pôle, les chefs de service ou responsables médicaux d'unité, les cadres de santé du pôle. Le bureau de pôle est informé des projets du pôle, analyse les indicateurs du pôle, donne son avis sur les choix d'investissement préparés par le comité de pilotage. Il est consulté pour les projets transversaux du pôle.

L'organisation des pôles est reprise sous un organigramme disponible sous un répertoire partagé.

Un processus de contractualisation est appliqué avec une **délégation d'enveloppes par pôle** : ces délégations de moyens sont accordées annuellement à chaque pôle, après instauration d'un dialogue de gestion. Les délégations de gestion aux pôles ont pour objectif de rapprocher la gestion administrative de la gestion managériale et des équipes, de manière à la rendre plus réactive, plus adéquate aux besoins de l'établissement et plus efficiente. Cette délégation repose sur un dialogue de gestion de qualité entre les pôles d'activité médicale et médico-techniques, les directions fonctionnelles et une confiance mutuelle dans la responsabilité de chaque acteur. A rythme régulier suivant chaque délégation, les directions fonctionnelles produisent des indicateurs de suivi transmis aux pôles, permettant au chef de pôle le pilotage des moyens délégués.

L'activité du pôle est également suivie par le chef de pôle sur la base des indicateurs fournis par le service des Finances et le Département d'Informations Médicales, sont suivis au sein des pôles et en Directoire.

Le Directoire est par ailleurs saisi pour avis en cas de désaccord dans l'interprétation des dispositions des contrats ou de la nécessité d'appréciation des résultats du pôle (ajustement éventuel des objectifs).

2.2.2 Permanence des soins

2.2.2.1 *Gardes et astreintes médicales*

Afin d'assurer la permanence des soins et de sécuriser les prises en charge, le Centre Hospitalier met en place des astreintes et gardes sur place, suivant le schéma régional de permanence des soins, partie du schéma régional d'organisation des soins. L'établissement peut faire le choix, avec le soutien de l'Agence Régionale de la Santé, de renforcer la permanence des soins, si cela est estimé nécessaire.

En 2021, la permanence des soins est organisée de la manière suivante :



Discipline	Permanence Des Soins
Pharmacie	demi-astreinte opérationnelle de semaine / Astreinte Opérationnelle (AO) de week-end
Radiologie	AO d'un radiologue + appui téléimagerie
Biologie	Demi-astreinte opérationnelle de semaine /AO de week-end
Anesthésie	Garde sur place 7j/7j
Gynéco-Obstétrique	Garde sur place 7j/7j
Médecine	Astreinte Opérationnelle de week-end, en journée
Cardiologie	Garde sur place 7j/7j
Psychiatrie	Astreinte Opérationnelle nuit et week-end
Pédiatrie	Garde sur place 7j/7j
Urgences	Garde sur place 7j/7j
SMUR	Garde sur place 7j/7j

Les tableaux planifiant les présences médicales en garde et astreinte sont édités chaque mois et rendus disponibles sous un espace partagé.

2.2.2.2 *Astreintes soignantes*

Afin d'assurer une continuité, des astreintes concernant des personnels soignants sont organisées et définies selon une décision annuelle relative aux astreintes du Centre Hospitalier de Saumur, publiée chaque année. Sont organisées les astreintes suivantes :

- Astreinte des infirmiers d'anesthésie au bloc opératoire et bloc obstétrical
- Astreinte des infirmiers anesthésistes au SMUR
- Astreinte des infirmiers de bloc opératoire
- Astreinte des cadres de santé

2.2.3 Organisation administrative et technique de l'hôpital

2.2.3.1 *Equipe de direction commune au CH de Saumur, au CH de Longué-Jumelles et à l'EHPAD Montreuil Bellay*

Le Directeur général est assisté d'une équipe de direction, dont il fixe les attributions et organise les délégations de signature nécessaires.

Une direction commune est effective et s'organise selon la convention la plus récente signée par les deux Présidents de Conseil de Surveillance et le Président du Conseil d'Administration de l'EHPAD.

A ce titre, le Directeur du Centre Hospitalier de Saumur est chargé d'assurer les fonctions de directeur du Centre Hospitalier de Longué et de l'EHPAD de Montreuil Bellay. Les directeurs fonctionnels ont compétence pour les trois établissements, par délégation pour le domaine d'activité des directions dont ils ont la charge.



L'organigramme de l'équipe de direction, publié et mis à jour régulièrement, est disponible sous espace partagé.

La Direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est structurée selon un organigramme mis à jour et publié régulièrement.

Les délégations de signature sont portées à connaissance des personnels concernés et font l'objet d'une publication officielle au Recueil des Actes administratifs du Maine et Loire, mis en ligne sur le site <http://www.maine-et-loire.gouv.fr/recueil-des-actes-administratifs-r394.html>.

Chaque direction est organisée, avec des délégations de signature et organigrammes s'y rapportant.

2.2.3.2 Astreintes techniques, informatiques et administratives

Afin d'assurer une continuité, des astreintes concernant des personnels non médicaux sont organisées et définies selon une décision annuelle relative aux astreintes du Centre Hospitalier de Saumur, publiée chaque année. Sont organisées les astreintes suivantes :

- Astreinte informatique
- Astreinte technique
- Astreinte « tortues »
- Astreinte de direction

2.2.3.3 Pilotage interne

Chaque service met en place des indicateurs d'activités pertinents, en sollicitant si besoin un appui technique par le Département d'Informations Médicales et la Direction des affaires financières et activité-Contrôle de Gestion. Les bilans et indicateurs se placent en cohérence avec ceux identifiés dans les contrats de pôle et le projet d'Etablissement.

Le projet d'Etablissement définit, à partir du projet médical, les objectifs généraux de l'hôpital, qui s'inscrivent actuellement dans les priorités déterminées par

- la stratégie nationale de santé
- le projet Régional de Santé (PRS)
- le schéma médico social
- les orientations stratégiques du Groupement Hospitalier de Territoire 49.

Son application fait l'objet d'un suivi par les chefs de projet désignés dans les actions à mener. Dans le cadre du projet d'établissement, les projets sont mis en place après concertation et validation des directions fonctionnelles concernées par le champ du projet et de la consultation des instances compétentes, suivant la nature du projet. Une fois ces étapes menées, les projets sont validés par le chef d'établissement.



Une charte de gouvernance, prévue dans l'Ordonnance N°2021-291 du 17 Mars 2021⁴, permet au Directeur et au Président de la Commission Médicale d'Etablissement d'organiser les nécessaires liens avec les autorités de tutelle.

Tout personnel participe à l'évolution de l'institution, par le biais en particulier de la participation à des projets. Dans ce cadre, il est encouragé à s'inscrire à des groupes de travail ou des comités de pilotage pour intégrer les démarches projets développées au sein de l'Etablissement. L'encadrement est systématiquement impliqué dans les démarches de projet concernant son secteur d'activité, comme dans les démarches transversales.

Une méthodologie de travail est définie lors de la création de tout groupe de travail interne, pour disposer de méthodes communes, cohérentes avec les priorités et objectifs institutionnels, établir des responsabilités et définir les évaluations des actions envisagées.

L'installation et la conclusion d'un groupe de travail doivent être validées par la Direction fonctionnelle concernée.

Les préconisations de ces groupes de réflexions ne peuvent être mises en œuvre, sans passage par les instances, si besoin, et au moins validation la/les direction(s) fonctionnelle(s) concernées, s'assurant de la conformité des propositions émises et chargée du suivi des évolutions et changements réalisés.

2.2.3.4 Echanges avec les tutelles et partenariats

L'Etablissement applique les autorisations d'activités délivrées et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

Des coopérations sont formalisées par conventions et s'inscrivent en conformité avec le projet médical partagé, établi au niveau du Groupement Hospitalier de Territoire.

⁴ Avec des dispositions insérées dans l'Article L 6143-7-3 CSP : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000043264442/2021-01-01/>

3 DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS RESIDENTS ET USAGERS

3.1 Dispositions générales relatives à l'admission, au séjour et à la sortie des personnes hospitalisées

3.1.1 Libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce droit, exercé par le patient lui-même, doit toutefois se concilier avec les règles de fonctionnement de l'hôpital : le libre choix s'opère au sein de la spécialité médicale dont relève la personne, dans les limites imposées par l'urgence et par les disponibilités en lits. Il convient en outre de rappeler que le patient est pris en charge par une équipe soignante et non par un unique praticien. La circulaire n°2005/57 du 2 février 2005 énonce à cet égard que le libre choix du praticien par le malade ne peut aller à l'encontre du tour de garde des médecins ou de l'organisation des consultations, conforme aux exigences de continuité du service. Les patients ne peuvent, à raison de convictions fondées sur l'origine ethnique, l'appartenance religieuse ou le sexe du professionnel de santé, exiger une adaptation du fonctionnement de l'établissement.

3.1.2 Accueil du patient

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir, de jour comme de nuit, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel. Une signalétique adaptée précise à l'accueil la localisation de ses différents services et consultations externes. Le personnel du centre hospitalier est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il donne aux patients et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

3.1.3 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. Le CH a ainsi mis en place une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) 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.

3.1.4 Consultations externes

Le CH dispose de services de consultations et de soins pour patients externes. Des mesures d'organisation sont mises en œuvre pour un fonctionnement satisfaisant de ces consultations, en particulier en ce qui concerne l'accueil et les conditions d'attente des consultants.



3.1.5 Situations sanitaires exceptionnelles et plan blanc

Le CH est doté d'un dispositif de crise dénommé « plan blanc », évalué et révisé annuellement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Le plan blanc est déclenché par le Directeur Général, qui en informe sans délai le Préfet de département, ou à la demande de ce dernier.

3.2 - Admission

3.2.1.1 *Admission en hospitalisation*

3.2.1.1.1 Modes d'admission

- Admission suite à une consultation ou à la demande d'un médecin traitant

L'admission est décidée sur présentation d'un certificat médical attestant de la nécessité de l'hospitalisation. Celui-ci est accompagné d'une lettre cachetée du médecin à l'adresse du médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

- Admission programmée

En cas d'admission programmée, une convocation est remise ou adressée au patient. Afin d'organiser sa pré-admission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions où il sera informé sur les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

- Admission directe

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers une structure médicale en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par le patient ou par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

- Transfert suite à une admission

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un patient ou d'un blessé requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, le médecin doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis. Sauf urgence, la personne doit être informée préalablement de son transfert, provisoire ou définitif, qui ne peut être effectué sans son consentement. L'admission dans ce nouvel établissement est décidée par son Directeur.

- Admission sous contrainte en soins psychiatriques

Les procédures d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, ou à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent sont strictement encadrées par les dispositions du Code de la Santé Publique. Les formalités légales, garantes des droits des personnes admises sous contraintes, doivent être rigoureusement respectées.

3.2.1.1.2 Compétence du Directeur Général

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



3.2.1.1.3 Formalités d'admission

L'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de sa prise en charge. À cet effet, le patient ou son représentant légal doit présenter au bureau des admissions les justificatifs nécessaires. Il peut être procédé aux formalités administratives le jour même de l'admission ou en pré-admission.

3.2.1.1.4 Admission sous le régime de l'anonymat

L'admission sous le régime de l'anonymat est possible dans deux hypothèses expressément prévues par les lois et règlements : la femme enceinte désirant accoucher dans le secret et la personne toxicomane se présentant spontanément pour suivre un traitement de désintoxication. Les mineurs, dans le cadre d'une prise en charge IVG, peuvent solliciter également l'anonymat. Le régime de l'anonymat n'empêche pas les intéressés de solliciter des médecins un certificat nominatif mentionnant dates, durée et objet de leur séjour ou de leur traitement

3.2.1.1.5 Admission sous le régime de la confidentialité

Une personne hospitalisée majeure peut demander que sa présence ne soit pas divulguée. Dans ce cas, le Centre Hospitalier est organisé pour qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une toute autre manière sur sa présence dans l'établissement

La demande de confidentialité n'entraîne pas l'anonymisation de l'identité du patient ni la gratuité des frais d'hospitalisation.

3.2.1.1.6 Livret d'accueil

Il est remis à toute personne admise en hospitalisation un livret d'accueil qui contient les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital, ainsi que les droits et devoirs des patients. Les principes généraux de la Charte de la personne hospitalisée y sont expressément mentionnés.

3.2.1.1.7 Dépôt des biens et valeurs

La personne admise à l'hôpital est invitée à ne conserver que les choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour. La personne est informée de la possibilité de déposer ses valeurs auprès de la régie de l'établissement. En ces cas, un inventaire contradictoire est dressé. Un exemplaire du reçu est remis à la personne hospitalisée, un second est versé à son dossier administratif. La personne est informée des règles régissant la responsabilité de l'établissement et du sort réservé aux objets non réclamés. La responsabilité de plein droit de l'établissement n'est engagée qu'à l'égard des biens qui ont fait l'objet d'un dépôt régulier et effectif. Pour les biens conservés par le patient, la responsabilité de l'établissement n'est engagée qu'en cas de faute d'un agent ou de défaut dans l'organisation du service. Toutefois, l'hôpital n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations ou à l'administration chargée des domaines aux fins d'être mis en vente. Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par l'établissement pendant cinq ans avant d'être détruits. Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, titres et valeurs mobilières



sont acquis de plein droit au Trésor public cinq ans après la cession par l'administration chargée des domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu réclamation de la part du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers.

3.2.1.1.8 Information des familles

Il est demandé au patient de désigner une personne à prévenir, qui sera contactée en cas de besoin par le personnel (sortie, aggravation de l'état de santé, etc.). La désignation de cette personne peut être modifiée. Les médecins reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles. Un patient est en droit de refuser des visites, souhait qu'il exprime auprès des équipes du service de soins au sein duquel il est hospitalisé. En l'absence d'opposition du patient, les indications d'ordre médical, tels le diagnostic et l'évolution de la maladie, ne peuvent être données aux membres de la famille que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie médicale. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les personnels paramédicaux dans leur champ de compétence.

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue par l'hôpital. Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation. En cas de transfert dans un autre établissement ou d'aggravation de l'état de santé du patient, l'information des proches est également assurée, dans le respect des souhaits exprimés par le patient.

3.2.1.1.9 Personne de confiance

Les patients majeurs peuvent désigner une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Le livret d'accueil de l'établissement informe le patient de cette possibilité. La désignation de la personne de confiance est révisable et révocable à tout moment. Toutefois il est souhaité que cette désignation soit valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. Cette personne peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Elle peut, à la demande du patient, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. La personne de confiance ne dispose pas d'un droit d'accès au dossier médical du patient. Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer

3.2.2 Accueil en urgence

3.2.2.1 Admission en urgence

Le Directeur Général prend toutes mesures, si l'état d'un malade ou d'un blessé le nécessite, pour que les soins urgents soient assurés au sein du CH sous la responsabilité directe d'un médecin. Le Directeur prononce l'admission, même en l'absence de tout renseignement sur l'identité de la personne ou sur les conditions dans lesquelles les frais seront remboursés à l'établissement. Le cas échéant, les informations nécessaires à la constitution du dossier de la personne admise en urgence doivent être recueillies le plus rapidement possible. Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans



l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut, le médecin ainsi que l'équipe paramédical consignent dans le dossier médical du patient son refus. Lorsqu'un malade ou un blessé, dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état, refuse de quitter l'établissement, il peut être selon le cas soit reconduit à la sortie de l'hôpital soit adressé à un organisme à caractère social.

3.2.2.2 *Dépôt des biens et valeurs lors de l'admission en urgence*

Les formalités de dépôt doivent être accomplies par un agent de l'établissement. Un inventaire de tous les biens et valeurs est dressé en présence d'une personne ayant accompagné le patient ou, à défaut, d'un second agent de l'hôpital. Les biens et l'inventaire sont remis au dépositaire qui procède à l'inscription sur le registre prévu à cet effet. Un exemplaire de l'inventaire est conservé dans le dossier du patient. La responsabilité de l'établissement s'étend à tous objets détenus lors de l'admission, à l'exception des détériorations nécessaires pour l'exécution d'un acte de soins. Dès que l'état du patient le permet, lui est remis l'inventaire initial des objets déposés. La personne est informée des règles régissant la responsabilité de l'établissement et du sort réservé aux objets non réclamés. Le patient est invité à retirer les objets dont la détention n'est pas justifiée durant son séjour et un nouvel inventaire contradictoire est dressé pour les objets maintenus en dépôt.

3.2.3 Situations spécifiques

3.2.3.1 *Cas particulier : admission des mineurs*

Sauf dispositions légales spécifiques, l'admission des mineurs est prononcée à la demande du ou des représentant(s) de l'autorité parentale, du tuteur ou de l'autorité judiciaire.

Les mineurs présentés en urgence reçoivent les soins nécessaires. Toutes les mesures utiles sont prises pour que les représentants légaux soient prévenus et que le droit commun s'applique.

Pour les mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur a été confié par son père, mère ou tuteur. Toutefois, lorsque ceux-ci ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par l'ASE. Le Directeur Général du CH adresse à l'ASE, sous pli cacheté et dans les 48h de l'admission, un certificat médical indiquant le diagnostic et la durée de l'hospitalisation.

La volonté du seul mineur est suffisante :

- si le mineur est émancipé ;
- si le mineur, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à ce titre de la CMU ;
- si le mineur s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale en souhaitant garder le secret sur son état de santé (art. L. 1111-5 CSP). Dans ce cas, le médecin doit au préalable tenter de persuader le mineur de consulter ses représentants légaux. S'il persiste dans son refus, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

3.2.3.2 *Cas particulier : femmes enceintes*

Admission en maternité

S'il existe des lits vacants dans le service de maternité, le Directeur Général du CH ne peut refuser la demande d'admission d'une femme enceinte dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement, ou d'une femme accouchée et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

Secret de la grossesse ou de la naissance - Accès aux origines personnelles



Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, une femme enceinte demande à bénéficier de l'admission sous le régime de l'anonymat, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. Le Directeur Général doit alors informer le Directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance. Les femmes désirant accoucher dans le secret sont informées des conséquences juridiques de cette demande, de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire, des modalités de la levée du secret de leur identité et de la possibilité qu'elles ont à tout moment de donner leur identité sous pli fermé ou de compléter les renseignements qu'elles ont donnés au moment de la naissance.

Interruption volontaire de grossesse

Des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein du CH, agréé à cet effet, dans le respect des dispositions légales et réglementaires. Le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse prévoit des sanctions pénales à l'encontre de quiconque empêche ou tente d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables qui y sont liés, soit en perturbant l'accès à l'hôpital, la libre circulation des personnes à l'intérieur ou les conditions de travail des personnels, soit en exerçant des pressions, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels, des patientes ou de l'entourage de ces dernières.

3.2.3.3 Cas particulier : Admission au sein d'une unité de soins de suite ou de réadaptation

L'admission au sein d'une unité de soins de suite et de réadaptation est prononcée pour les patients qui requièrent des soins continus dans un but de réadaptation. La mission du soin de suite est d'assurer la continuité des soins médicaux et d'organiser le mode de sortie approprié à la situation du patient. Les admissions dans ces unités ne sont prononcées qu'après accord du praticien responsable de la structure médicale concernée. Il existe deux modes d'admission :

- l'admission directe, qui nécessite l'accord préalable du service de contrôle médical du centre de Sécurité sociale dont dépend le patient ;
- l'admission à la suite d'un transfert : tout patient hospitalisé au CH qui a dépassé la phase aiguë de l'affection pour laquelle il était soigné, mais qui présente néanmoins des séquelles relevant d'un traitement médical ou de rééducation, peut être transféré dans une unité de soins de suite et de réadaptation, sur proposition du praticien responsable de la structure médicale où il est traité.

Dans ce cas, le service de contrôle médical de la caisse de sécurité sociale dont relève le patient doit être averti dans un délai de 48 heures. Les unités de soins de suite et de réadaptation, qu'elles soient ou non spécialisées, ne reçoivent les patients que temporairement. Quel que soit le mode d'admission du patient, des prolongations de séjour doivent être demandées, si nécessaire, dès l'expiration de la durée du séjour initial. Lorsque le médecin refuse la prolongation de séjour d'un patient, la sortie de l'intéressé est prononcée. Deux éventualités sont possibles : ou bien l'état du patient lui permet de retourner à son domicile, dans son milieu familial ou dans une institution d'hébergement, si besoin avec le concours des services d'hospitalisation ou de soins à domicile ; ou bien le patient a perdu son autonomie et son état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Dans ce cas, son transfert dans une unité de soins de longue durée doit être organisé.

Il appartient au service social chargé de l'unité de soins concernée de rechercher la solution qui convient à chaque situation particulière, en tenant compte dans la mesure du possible des souhaits du patient, s'il est en mesure de les exprimer, en liaison avec l'ensemble de l'équipe de soins, avec la famille et, le cas échéant, le tuteur.



3.2.3.4 Cas particulier : Admission de personnes atteintes de troubles psychiques ou mentaux

L'admission de personnes atteintes de troubles psychiques ou mentaux peut intervenir selon trois modalités distinctes qui sont :

- l'hospitalisation libre (cas d'une personne hospitalisée avec son consentement) ;
- l'hospitalisation sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (cas d'une personne hospitalisée par la volonté de la famille ou de l'entourage ou en cas de risque d'atteinte à sa propre vie) ;
- l'hospitalisation sur demande du représentant de l'Etat dans le département ou de l'autorité judiciaire (cas d'une personne dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public et la sécurité des personnes).

L'hospitalisation libre des personnes atteintes de troubles mentaux est la règle et l'hospitalisation sans consentement l'exception. Dès son admission et, par la suite, à sa demande, le patient est informé de sa situation juridique et de ses droits. Les patients en hospitalisation libre disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux patients hospitalisés pour une autre cause, et notamment le droit d'aller et venir librement au sein de l'hôpital. Dans le cas où le fonctionnement du service justifie la mise en œuvre de modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des patients. En aucun cas, elles ne peuvent porter atteintes à leur liberté d'aller et venir et doivent être organisées de manière à respecter ce principe. Les patients en hospitalisation sous contrainte ne peuvent être accueillis que dans les services de psychiatrie dans le cadre de la sectorisation géographique. Les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

3.2.3.5 Autres cas particuliers : Admissions des militaires

Si le Directeur Général est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, cette admission est portée à connaissance de l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.

Patients bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre : Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits ou tout document légal à la disposition de l'hôpital pendant la durée de leur hospitalisation.

3.2.3.6 Autres cas particuliers : Admissions des patients amenés par la police ou la gendarmerie

Lorsqu'un patient est amené par les autorités, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus, par la personne concernée, de son hospitalisation est délivré. Lorsque l'état de la personne nécessite une hospitalisation, il incombe à l'hôpital de faire connaître auxdites autorités que le patient est admis et, sauf avis contraire de l'intéressé ou des forces de l'ordre, de prévenir la famille. Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu de réaliser les examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale.

3.3 - Prise en charge et qualité des soins

3.3.1 Information

3.3.1.1 Information du patient

Toute personne admise en hospitalisation ou venant en consultation doit être informée du nom des praticiens et des personnes appelées à lui prodiguer des soins. Toute personne a le droit de recevoir une information



appropriée, accessible et loyale sur son état de santé. Sa volonté 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 patients sont associés aux choix thérapeutiques les concernant. Ils sont notamment informés préalablement de la nature, des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner, ainsi que des conséquences prévisibles en cas de refus de soins. (Articles L3211-1 et suivants du code de la santé publique)

3.3.1.2 Constitution, conservation et communication du dossier médical

Un dossier médical est constitué pour chaque personne hospitalisée, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-2 du Code de la Santé Publique. Les dossiers sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Les patients ont un droit d'accès aux informations concernant leur santé, détenues, à quelque titre que ce soit, par le CH et les professionnels qui y exercent. Sont concernées les informations formalisées ou qui ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment : les résultats d'examen, les comptes rendus de consultation, d'intervention ou d'hospitalisation, les protocoles thérapeutiques mis en œuvre, les correspondances entre professionnels de santé.

Ne sont pas communicables, les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Les patients peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'ils désignent, dans des conditions définies par voie réglementaire : au plus tard dans les huit jours suivant leur demande et au plus tôt après un délai de quarante-huit heures.

Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication des informations.

À titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission sous contrainte en soins psychiatriques, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur. Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 111-5 du Code de la Santé Publique, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale.

A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès, l'accès des ayants droit au dossier médical du défunt s'effectue dans les conditions prévues par la loi : le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations soient délivrées, dans la mesure où elles sont nécessaires pour permettre aux ayants droit 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.

La communication du dossier est assurée par le praticien responsable ou par tout membre du corps médical désigné à cet effet. La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, les frais, laissés à sa charge, ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.



Dans tous les cas ci-dessus la demande d'accès au dossier médical doit se faire via le formulaire de demande d'accès en cours dans l'établissement accompagné des pièces justificatives, adressée à la Direction des usagers du CH.

3.3.1.3 Clichés d'imagerie médicale

Il est délivré aux patients qui en font la demande des reproductions des clichés d'imagerie médicale essentiels figurant dans leur dossier médical, dans le respect de l'article précédent.

En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis au médecin traitant, sur demande adressée directement par celui-ci à son confrère hospitalier.

Les clichés d'imagerie médicale effectués en consultation externe sont remis soit au patient, soit au médecin traitant lorsque le patient en a formulé la demande.

3.3.1.4 Relations avec le médecin traitant

L'hôpital informe le médecin désigné par le patient ou sa famille de la date et de l'heure de son admission ainsi que de l'unité de soins où a eu lieu cette admission. En cours d'hospitalisation, le praticien hospitalier en charge du patient communique au médecin désigné, qui en fait la demande écrite, toutes les informations relatives à l'état du patient.

3.3.1.5 Traitements automatisés des données à caractère personnel

Des données médicales, administratives et sociales sont collectées auprès des patients, à l'occasion de leur séjour à l'hôpital. Le CH de Saumur, responsable du traitement de ces données, dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques. Il s'engage à assurer la protection des données personnelles traitées et le respect des droits des personnes concernées, en conformité avec le RGPD et le droit français applicable en la matière.

Les données sont traitées dans le respect du secret médical et du secret professionnel. Elles sont réservées à l'équipe médicale et soignante qui prend en charge le patient, au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement et, dans la limite de leurs missions, aux professionnels médico-techniques et administratifs habilités de l'établissement. Elles peuvent être transmises à des professionnels de santé extérieurs participant à la prise en charge du patient, à des prestataires externes partenaires ou sous-traitants du centre hospitalier, aux organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire et aux organismes publics, selon les conditions prévues par la loi. Elles ne sont jamais commercialisées.

Toute personne dispose de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité et de limitation des traitements des données personnelles la concernant, ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Toute personne peut s'opposer, pour des motifs légitimes, au traitement des données personnelles la concernant.

Le CH est doté d'une Charte de bon usage des ressources informatiques et outils de communication (réseaux Internet/Intranet, ...) : la charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information dans le respect de la confidentialité des données de santé (annexée à ce présent règlement).



3.3.2 Consentement de la personne hospitalisée

3.3.2.1 Principe du consentement aux soins

Le patient prend, avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni traitement ne peut être pratiqué sur une personne majeure sans son consentement libre et éclairé. Ce consentement est révocable à tout moment. Les recherches biomédicales, les prélèvements d'organes à fins thérapeutiques ou scientifiques, les prélèvements de tissus, cellules et collectes de produits du corps humain font l'objet de législations spécifiques et ne peuvent être pratiqués que dans les cas et conditions expressément prévus par le Code de la Santé Publique.

3.3.2.2 Patient hors d'état d'exprimer sa volonté

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence, sans que la personne de confiance, la famille ou, à défaut, l'un de ses proches ait été consulté. Par ailleurs, le médecin doit tenir compte des directives anticipées rédigées par le patient pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement le concernant.

3.3.2.3 Refus des soins

Une personne majeure a toujours la possibilité de refuser les soins ou d'interrompre les traitements qui lui sont proposés après avoir reçu une information complète sur les conséquences médicales de ce refus ou de cette interruption. Si le refus du patient met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins ou les traitements indispensables. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins ou traitements proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si la personne refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé.

3.3.2.4 Interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information et de consentement sont exercés par le tuteur. Les intéressés ont le droit de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur faculté de discernement. Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté. Dans le cas où le refus d'un traitement par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

3.3.2.5 Protection des majeurs

Lorsque les facultés mentales ou corporelles d'une personne majeure sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge au point de compromettre ses intérêts, il peut être nécessaire de prendre à son égard une mesure de protection. Un mandataire judiciaire est mandaté par le juge des tutelles. Ce mandataire a pour notamment pour rôle de percevoir les revenus et de régler les charges du majeur protégé, et le cas échéant d'acquitter les obligations alimentaires auxquelles ce dernier serait tenu.

3.3.2.6 Interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Les actes usuels peuvent être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale. En cas d'intervention chirurgicale, sauf urgence, une autorisation écrite et signée est



obligatoire. Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision après avoir reçu l'information adaptée à leur degré de maturité. En cas de refus ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence. Toutefois, dans le cas où le refus des titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Le consentement du seul mineur est suffisant :

- si le mineur est émancipé ;
- si le mineur, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à ce titre de la CMU ;
- si le mineur s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale en souhaitant garder le secret sur son état de santé (article L. 1111-5 du Code de la Santé Publique). Dans ce cas, le médecin doit au préalable tenter de persuader le mineur de consulter ses représentants légaux. S'il persiste dans son refus, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

3.3.2.7 Garde et protection des mineurs

Le CH, lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, est investi à son égard d'un devoir de garde et de surveillance.

3.3.3 Qualité des soins

3.3.3.1 Droit des patients à des soins de qualité

Tout patient a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

3.3.3.2 Prise en charge de la douleur

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte, tracée dans le dossier patient et traitée.

3.3.3.3 Soins palliatifs

Tout patient dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié.

3.3.3.4 Sécurité transfusionnelle

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles sont trans fusés soit avec des produits autologues, soit avec des produits homologues fournis par l'Etablissement Français du Sang avec lequel le Centre Hospitalier a passé une convention, et qui dispose d'une autorisation de délivrance par l'ARS. Les médecins prescrivent aux patients les produits les plus adaptés au regard de leur pathologie, en accord avec le patient et en s'assurant de la traçabilité des produits effectivement administrés selon la réglementation en vigueur.



Le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit et un dossier transfusionnel est versé à son dossier médical. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et, pour les majeurs protégés, au tuteur.

Au cas où serait diagnostiqué chez un patient un événement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le référent d'hémovigilance de l'hôpital, alerté sans délai par le professionnel qui constate l'incident, en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'EFS, en lui spécifiant les références des produits transfusés afin qu'une enquête soit déclenchée.

3.3.3.5 Dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée sur les circonstances et les causes de ce dommage. Cette information est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

3.3.3.6 Réclamations et Commission des Usagers

Toute personne accueillie au sein de l'hôpital, ses représentants légaux ou en cas de décès, ses ayants droit, peut faire part de ses observations ou de ses réclamations au Directeur en charge des relations avec les usagers. Une réponse motivée est adressée au requérant. La Commission Des Usagers veille au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients et de leurs proches. Les observations exprimées par les usagers sont examinées selon des modalités réglementairement définies. La CDU est également chargée de faciliter le règlement amiable des litiges et difficultés nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.

3.4 Conditions de séjour

3.4.1 Conditions générales

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients définis par le Code de la Santé Publique, notamment le droit à la dignité, à la non- discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, à la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image. Les usagers doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Les personnes hospitalisées et leurs visiteurs veillent à ne pas gêner, par leurs comportements ou propos, les autres patients ou le fonctionnement du service. Ces comportements incluent ceux visant la dissimulation du visage dans l'espace public tel que définie par la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 et dont la circulaire du 2 mars 2011 relative à sa mise en œuvre invite à l'inscription dans le présent Règlement Intérieur. Les patients peuvent se déplacer librement au sein de l'hôpital dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier. Ils veillent à être vêtus de façon décente au cours de ces déplacements. Les patients veillent aux biens et valeurs qu'ils ont choisi de conserver par-dessus eux. En cas de vol, perte ou dégradation des biens et valeurs qui n'ont pas fait l'objet d'un dépôt effectif selon les procédures définies dans le présent règlement, la responsabilité de l'établissement ne pourra être engagée qu'en cas de faute d'un agent ou de défaut dans l'organisation du service. Lorsqu'un patient, après en avoir été dûment averti, cause des désordres persistants dans l'établissement, le Directeur Général prend avec l'accord du médecin responsable les mesures appropriées, le cas échéant jusqu'à l'exclusion.



3.4.2 Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des visites médicales, des traitements, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier. L'examen d'un patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être préalablement informés de la nécessité de respecter les droits des patients. Les personnels et les visiteurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

3.4.3 Pratiques religieuses – exercice des cultes

Les personnes hospitalisées doivent pouvoir, dans la mesure du possible et compte tenu des organisations de service, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients. L'établissement ouvre à cet effet des locaux, dans les différents sites, pouvant servir de lieu de culte, de prière ou de recueillement aux patients quelle que soit leur confession. Les coordonnées des ministres des différents cultes sont consultables par l'intermédiaire de l'encadrement. Une équipe d'aumônerie est à disposition au sein du CH. L'oratoire, situé au niveau -1, est libre d'accès, de manière permanente.

3.4.4 Autorisations de sortie en cours d'hospitalisation

Selon la longueur de leur séjour et en fonction de leur état de santé, les personnes hospitalisées peuvent bénéficier de permissions de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de quarante-huit heures à laquelle sont ajoutés les délais de route. Ces sorties sont délivrées par le Directeur Général du CH, après accord du médecin. Lorsqu'un patient autorisé à quitter le CH dans le cadre d'une sortie temporaire ne rentre pas dans le délai imparti, il est considéré comme sortant et ne peut être à nouveau admis que dans la limite des places disponibles.

3.4.5 Recommandations aux visiteurs

Dans l'ensemble de l'établissement, les visiteurs prennent garde à ne pas troubler le repos des patients et à ne pas gêner le fonctionnement des services. En règle générale, il est recommandé aux visiteurs :

- de respecter les horaires de visites affichées à l'accueil de l'établissement ;
- de respecter les règles de restriction de visites en fonction de : des dispositions spécifiques au service ; de l'état de santé du patient ; l'état de santé des visiteurs ; du nombre de personnes (3 maximum conseillées) ; de l'âge des visiteurs (enfants en bas âge déconseillés)
- de respecter les consignes d'hygiène ;
- de quitter la chambre lors des soins ou visites médicales ;
- d'éviter les visites trop longues ;
- de ne pas introduire des médicaments, de la nourriture, de l'alcool ou des produits illicites ;
- de ne pas faire de bruit ;
- de ne pas introduire de plantes en pot ;
- de ne pas introduire d'animal.
- de ne pas de capter, figer, enregistrer, photographier, filmer ou transmettre des images ou des sons dans l'enceinte de l'établissement, en application du droit à l'image de chacun et en particulier des professionnels de l'établissement.



Les visiteurs doivent également respecter les conditions de visites propres à l'unité dans lequel le patient est hospitalisé ou les conditions restrictives temporaires dans l'établissement en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Les patients peuvent demander de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux.

3.4.6 Accompagnants

Suivant les possibilités d'accueil du service, un membre de la famille ou un proche peut être autorisé à demeurer auprès de la personne hospitalisée. Les informations sur les modalités et le coût sont à demander auprès des équipes soignantes. Il est éventuellement possible pour les accompagnants de déjeuner au self de l'hôpital. Des tickets sont en vente au Standard/Accueil.

3.4.7 Interdiction de fumer ou de vapoter

En application des dispositions législatives, réglementaires et internes à l'établissement, il est strictement interdit de fumer ou de vapoter dans les locaux du CH et dans les abords immédiats de l'entrée des bâtiments.

3.4.8 Droits civiques

En application des dispositions du Code électoral, les personnes hospitalisées qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin peuvent exercer leur droit de vote par procuration. La demande doit être effectuée auprès d'un officier de police judiciaire et justifiée par un certificat médical.

3.4.9 Neutralité du service public

Toute personne est tenue, au sein de l'hôpital, au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe :

- les visites des élus dans l'enceinte de l'hôpital ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles ou les personnels, dès lors qu'ils constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme sur le lieu de travail et dans l'exercice des fonctions ;
- les réunions publiques, de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein de l'hôpital sauf autorisation expresse du Directeur Général.

3.4.10 Missions du service social hospitalier

Le service social du CH intervient auprès des patients ou des familles qui connaissent des difficultés sociales, prévenir et surmonter ces difficultés, maintenir ou retrouver leur autonomie, et éventuellement faciliter leur insertion sociale et professionnelle. Il leur propose aide, conseils et accompagnement dans le respect de leur projet de vie en concertation avec les divers professionnels hospitaliers et en étroite collaboration avec les différents partenaires, organismes et structures extérieurs. Le CH est doté d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé.



3.4.11 Accès des professionnels de la presse

Le Directeur Général a seule qualité pour apprécier l'opportunité d'autoriser des journalistes, et d'une manière générale des personnes étrangères à l'établissement, à exercer leur activité dans l'enceinte des administrations hospitalières. Les journalistes ou photographes n'ont pas accès aux personnes hospitalisées, sauf accord écrit de celles-ci et autorisation du Directeur Général. Les paroles et images des usagers sont enregistrées sous l'entièvre responsabilité des personnes procédant à leur capture, à leur enregistrement ou à leur transmission. Le CH ne saurait en aucune manière être appelé en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.

3.4.12 Interdiction d'accès aux démarcheurs, agents d'affaires et représentants

L'accès au sein de l'établissement des démarcheurs, agents d'affaires et représentants est interdit, sauf autorisation spécifique du Directeur Général.

3.4.13 Associations

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des usagers dans l'enceinte du CH doivent préalablement à leurs interventions avoir conclu une convention qui en détermine les modalités. Dans ce cadre, elles respectent les principes inscrits dans cette convention ainsi que les règles en vigueur à l'attention de tout visiteur dans l'établissement. Les personnes intervenantes portent un badge permettant de les identifier. Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin. L'accès auprès des patients est subordonné à l'accord de ces derniers. Le responsable du service de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou activités des associations pour des raisons médicales ou liées à l'organisation de service. Si un patient souhaite contacter une association ou recevoir la visite d'un bénévole volontaire, il peut s'adresser au personnel soignant du service, à l'assistant social ou se rendre à l'Espace des Usagers (hall de l'Hôpital).

3.4.14 Interdiction des pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leur famille à titre de gratification.

3.4.15 Droit à l'image

Il est strictement interdit pour un usager de capter, figer, enregistrer, photographier, filmer ou transmettre des images ou des sons dans l'enceinte de l'établissement.

En cas de non-respect du droit à l'image de chacun et en particulier des professionnels de l'établissement, des poursuites judiciaires pourront être engagées conformément à l'article 226-1 du code pénal.

3.4.16 Repas des personnes hospitalisées

Les repas sont préparés par la cuisine centrale du CH. Elaborés par une équipe compétente en restauration et diététique, les menus sont équilibrés et adaptés aux besoins des personnes hospitalisées.

3.4.17 Chambre particulière

Dans certains services du CH, à sa demande, à sa charge, et si la disponibilité des lits le permet, la personne hospitalisée peut être hébergée en chambre individuelle.



3.4.18 Courier

Les personnes hospitalisées peuvent envoyer ou recevoir du courrier. Une boîte aux lettres de La Poste est à disposition dans les halls d'entrée. Pour la réception du courrier, les correspondants indiquent les nom et prénom de la personne hospitalisée, le nom du service et le site de l'Hôpital. Les lettres recommandées, les mandats et les colis sont remis en main propre par le vasteur du CH.

3.4.19 Téléphone

Via le service de la cafeteria, le CH met à disposition des patients un poste téléphonique, permettant à la personne hospitalisée d'être jointe directement. Pour émettre des appels, un abonnement en forfait jour doit être ouvert auprès de la cafeteria dans le hall du CH. Pour des raisons de sécurité, l'utilisation des téléphones portables peut être réglementée dans l'enceinte de l'hôpital.

3.4.20 Télévision

Les personnes hospitalisées ont la possibilité de louer un poste de télévision auprès du service de la cafeteria dans le Hall du CH.

3.4.21 Animaux

Les animaux domestiques sont interdits dans l'enceinte de l'hôpital. Cette interdiction ne fait pas obstacle à ce que des chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité soient autorisés conformément aux dispositions légales.

3.5 Sortie en fin d'hospitalisation

3.5.1 Compétence du Directeur Général

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien à l'hôpital, sa sortie est prononcée par le Directeur Général sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée. Le cas échéant, sur proposition médicale, sont prises toutes dispositions en vue du transfert du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée.

3.5.2 Formalités de sortie

En vue de sa sortie, le patient se rend au Bureau des Admissions afin :

- de clôturer le séjour et d'effectuer les démarches administratives liées à la sortie ;
- d'obtenir des bulletins de situation ;
- de régler les frais restants éventuellement à sa charge. A défaut, ces frais seront recouvrés par l'intermédiaire du Service de Gestion Comptable-Trésor Public.

3.5.3 Frais d'hospitalisation et de séjour

Les frais d'hospitalisation comprennent les frais de séjour et dépendent de la couverture sociale du patient. Les usagers peuvent utilement consulter le livret d'accueil et ont le droit de recevoir, à leur demande, une information sur les frais auxquels ils pourraient être exposés et sur les conditions de leur prise en charge. Dans certains services du CH, à la demande du patient et si la disponibilité des lits le permet, le patient peut être hébergé en chambre individuelle. Cette prestation supplémentaire sera facturée.



3.5.4 Evaluation de la qualité du séjour au CH

Un questionnaire de satisfaction interne est remis avec les documents de sortie, dans lequel la personne hospitalisée peut librement consigner ses observations, critique, suggestions mais également ses remerciements.

Un questionnaire de satisfaction HAS identique à tous les hôpitaux peut également être rempli via la plateforme E-SATIS si le patient a communiqué son adresse mail lors de son admission.

3.5.5 Sortie des nouveau-nés

L'enfant quitte l'établissement en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, ou en cas de force majeure.

3.5.6 Sortie des mineurs

Les titulaires de l'autorité parentale sont informés de la sortie prochaine du mineur. Ils doivent préciser si le mineur peut quitter seul l'établissement ou s'il doit être confié à une tierce personne à qui ils auront pris soin de donner expressément l'autorisation d'accompagner le mineur. Lors de la sortie du mineur, des justificatifs sont exigés en tant que de besoin de la part de la personne accompagnante (pièce d'identité, extrait de jugement, autorisation écrite).

3.5.7 Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs, majeurs sous tutelle, personnes hospitalisées sous contrainte et des prévenus ou gardés à vue, les personnes hospitalisées peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Si le médecin estime que cette sortie est prématurée, les intéressés quittent l'établissement après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des risques. Lorsque la personne refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé. Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable de la structure médicale concernée peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires.

3.5.8 Sortie à l'insu du service

Au cas où un patient quitte l'établissement sans prévenir, le service du patient informe immédiatement son cadre et la Direction, et des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'hôpital et dans ses abords immédiats. S'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger), les services, si possible via leur cadre, préviennent le commissariat de police. Ils doivent également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

3.5.9 Sortie disciplinaire

La sortie d'un patient dûment averti peut-être prononcée par le Directeur Général, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause. Une proposition alternative de soins est au préalable présentée au patient, afin d'assurer la continuité des soins.



3.6 Dispositions relatives aux naissances et aux décès

3.6.1 Dispositions relatives aux naissances

3.6.1.1 Déclaration de naissance

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée, conformément aux dispositions du Code Civil, dans les cinq jours suivant l'accouchement. Un document déclaratif est établi à cet effet sur les indications données par la mère du nouveau-né. Un exemplaire de ce document est communiqué à la mairie. Un registre d'inscription des naissances est tenu par l'hôpital.

3.6.1.2 Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

Si l'enfant est né vivant et viable, le médecin établit un certificat médical en ce sens, précisant les dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil établira un acte d'enfant sans vie sur production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère. Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse.

3.6.2 Dispositions relatives aux décès

3.6.2.1 Attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et qu'il est en danger de mort, la famille ou les proches doivent être prévenus sans délai par tous les moyens appropriés et selon les volontés du patient. Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discréction souhaitable, dans une chambre individuelle du service. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui en dehors des heures de visite et l'assister dans ses derniers instants, si les modalités d'hospitalisation le permettent.

3.6.2.2 Formalités entourant le décès

Les décès sont constatés par un médecin de l'établissement. La famille ou les proches du patient sont prévenus dès que possible et par tous les moyens.

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 militaire compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service de l'ASE, au président du conseil général ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur à son domicile habituel ;
- pour les personnes sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- pour les personnes sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Le certificat de décès rédigé dans les formes réglementaires doit être transmis à la mairie dans les vingt-quatre heures.



3.6.2.3 Indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'une personne, le Directeur ou son représentant en avise immédiatement l'autorité judiciaire.

3.6.2.4 Don de corps

La volonté de don doit avoir été exprimée personnellement du vivant du défunt. Les dons de personnes mineures ou majeures sous tutelle ne sont pas acceptés. Cette volonté s'exprime sous la forme d'un acte de donation et est certifiée par la possession d'une carte de donneur. Lors du décès du donneur, le corps est acheminé vers l'établissement légataire. Les opérations de transport sont achevées dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès.

3.6.2.5 Toilette mortuaire et biens du défunt

Dès que le décès est constaté, sauf obstacle médico-légal, le personnel du service procède à la toilette du défunt avec toutes les précautions convenables et dresse l'inventaire des objets, vêtements, valeurs, papiers et autres qu'il avait en sa possession.

3.6.2.6 Dépôt en chambre mortuaire ou en chambre funéraire

Les corps des personnes décédées ne peuvent rester plus de dix heures dans les services. À cet égard, les certificats de décès sont signés par les médecins du service ou par les praticiens de garde sur place. Le défunt doit être soit admis dans la chambre mortuaire du site hospitalier, soit pris en charge par un opérateur de pompes funèbres pour être transporté vers une chambre funéraire.

3.6.2.7 Prise en charge par le service mortuaire du Centre Hospitalier

L'usage des chambres mortuaires gérées par les établissements de santé est réservé au dépôt des corps des personnes décédées dans ces établissements. La chambre mortuaire constitue un équipement aménagé pour permettre aux familles des personnes décédées dans ces établissements de disposer du temps nécessaire à l'organisation des obsèques.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire du corps d'une personne décédée au CH sont gratuits pendant les trois premiers jours suivant le décès, étant précisé que le jour du décès, les dimanches et jours fériés ne sont pas comptabilisés.

Avant toute présentation, les agents de l'hôpital et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, les souhaits des familles s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Sont affichés à la vue du public dans les locaux d'accueil de la chambre mortuaire : la liste des sociétés de pompes funèbres, les horaires du service et des aumôneries, les tarifs des prestations fournies par le CH (location de salle, prix du séjour en chambre mortuaire passé le délai de gratuité). Le régime juridique applicable au fonctionnement d'une chambre mortuaire n'est pas distinct de celui qui gouverne l'ensemble des activités de l'établissement de santé où elle est installée. Il en résulte qu'en dehors des matières régies des règles spécifiques, les chambres mortuaires relèvent de la réglementation générale applicable au CH. Il en va notamment ainsi en ce qui concerne l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail ainsi que la lutte contre les infections nosocomiales.



3.6.2.8 Dépôt en chambre funéraire et service d'un opérateur de pompes funèbres

L'admission en chambre funéraire intervient dans un délai de vingt-quatre heures à compter du décès. Le délai est porté à quarante-huit heures lorsque le corps a subi des soins de conservation. Il revient à l'opérateur de pompes funèbres d'accomplir les diverses formalités de déclaration et de prendre en charge les frais liés à l'occupation des locaux et équipements mis à disposition par la chambre mortuaire de l'Etablissement.

3.6.2.9 Transport sans mise en bière

Le transport de corps sans mise en bière est possible vers le domicile du défunt ou de sa famille, une chambre funéraire (ne dépend pas d'un établissement de soins ou un établissement de santé (pour un don du corps, pour réaliser des prélèvements à des fins thérapeutiques ou une autopsie médicale, ou pour réaliser une autopsie médicale.

Le transport de corps avant mise en bière doit être achevé dans un délai de 48heures à compter du décès (sauf maladie de Creutzfeld-Jakob suspectée).

Un médecin responsable de la structure médicale en charge du patient peut s'opposer à ce transport s'il estime que le décès soulève un problème médico-légal, que l'état du corps ne permet pas un tel transport, que le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures sanitaires particulières et visées par arrêté ministériel. Le médecin doit dans ce cas avertir sans délai et par écrit la famille et le Directeur Général.

3.6.2.10 Libre choix des opérateurs funéraires

Le démarchage en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein du CH. Il est également interdit aux personnels, qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de recevoir des avantages de quelque nature qu'ils soient pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

3.6.2.11 Liberté des funérailles et dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu. Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir leurs dernières volontés à leur chevet. Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CH en précisant s'ils le souhaitent le service ciblé. Ces liberalités peuvent être assorties de conditions à la charge du légataire. Sous réserve des dispositions de l'article 909 du Code civil, les membres des professions médicales et de la pharmacie, ainsi que les auxiliaires médicaux qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur.



4 DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

4.1 Principes fondamentaux liés au service public et au respect des usagers

4.1.1 Secret professionnel et discréction professionnelle

Afin de préserver l'intérêt des patients, le secret professionnel, s'impose à tous les agents de l'établissement. Cette obligation recouvre tout fait vu, entendu, compris ou venu à la connaissance des personnels au cours de leur présence dans l'établissement. Toute violation du secret professionnel est susceptible d'entraîner des sanctions pénales et/ou disciplinaires, en-dehors des situations expressément prévues par la loi.

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents du Centre Hospitalier de Saumur sont liés par une obligation de discréction professionnelle couvrant tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En particulier, il est interdit de donner à toute personne étrangère à l'établissement et notamment à des journalistes, agents d'assurance ou démarcheurs, communication de documents ou informations portant sur l'identité ou l'état de santé des patients hospitalisés ou consultants externes.

Sous peine de sanctions disciplinaires et/ou pénales, sont interdits tout détournement ou toute communication à l'extérieur de l'établissement de pièces et de documents de service. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discréction professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Les documents propres aux agents (certificats administratifs, contrats de travail, décisions individuelles, etc) ne peuvent être communiqués que par les agents eux-mêmes à des tiers.

4.1.2 Obligation de réserve

Se tenant à une obligation de réserve, les personnels doivent également s'abstenir de porter des jugements sur le fonctionnement de l'établissement ou des services en présence des patients et des visiteurs ou à l'extérieur de l'hôpital. Ces dispositions s'appliquent également dans les usages des nouvelles technologies de l'information et de la communication, en particulier aux propos tenus sur les réseaux sociaux.

4.1.3 Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

« Le fonctionnaire exerce ses fonctions avec intégrité et probité. » (art 25 du statut de la fonction publique hospitalière). Il est formellement interdit aux personnels de recevoir des prestations en nature ou en espèces sous quelque forme que ce soit, de façon directe ou indirecte, procurées par des usagers de l'établissement, ni par des entreprises prestataires de l'établissement. Aucune somme d'argent ni valeur de la part des usagers du Centre Hospitalier ne peut être acceptée par les personnels à titre de gratification.

4.1.4 Respect de la neutralité du service public

Les personnels de l'établissement sont tenus dans leur exercice professionnel à une obligation de stricte neutralité. Les professionnels doivent observer, dans l'expression de leur sentiment et de leur pensée, de leur opinion politique, ou confessionnelle, une réserve compatible avec la nature de leur fonction et s'abstenir de



tout comportement excessif ou déplacé vis-à-vis des patients, des visiteurs et des autres agents de l'établissement.

La liberté de conscience et d'opinion des usagers doit être respectée. Aucune propagande, prosélytisme ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ni sur leurs familles.

Le port d'un signe religieux ostentatoire est interdit, car n'est pas compatible avec l'exigence de neutralité des agents du service public.

4.1.5 Sollicitude envers le patient et promotion de la bientraitance

L'ensemble du personnel s'efforce d'assurer aux patients ou aux résidents dont il a la charge, des soins et un accompagnement diligents et de qualité, le maximum de confort physique et moral au cours de son séjour.

Les personnels du Centre Hospitalier de Saumur connaissent et respectent la charte de la personne hospitalisée et la charte des personnes âgées, veillent à leur affichage dans les services et à leur application.

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des patients 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.

Une tenue irréprochable dans l'habillement comme dans le langage est exigée de l'ensemble du personnel. La familiarité à l'égard des patients du Centre Hospitalier est proscrite. Le projet de soin des patients ou le projet personnalisé des résidents de l'EHPAD peut prévoir des modalités ou rapports particuliers dans la prise en charge ou l'accompagnement.

Le respect de l'intimité du patient est préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et à tout moment de son séjour hospitalier ou en EHPAD. La personne hospitalisée et le résident sont traités avec égards et ne doivent pas souffrir de propos et d'attitudes équivoques de la part du personnel.

4.1.6 Lutte contre les nuisances sonores

Chaque professionnel de santé travaillant en service de soin porte une attention particulière à limiter les nuisances sonores de jour comme de nuit, afin de concourir à une prise en charge de qualité des patients. Ainsi, les précautions suivantes doivent être prises en service de soins, comme en EHPAD :

- Transmissions et discussions à voix haute des soignants la nuit sont à tenir uniquement en-dehors des chambres des patients et de couloirs.
- Une attention est portée à la limitation de toute source matérielle de bruit en journée et la nuit (claquement de porte, niveau sonores des alarmes, circulation des chariots, chaussures adaptées).

4.1.7 Obligation de déposer les biens des usagers

Aucun professionnel du Centre Hospitalier de Saumur ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des patients ou des résidents. Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur des recettes disposant d'un coffre-fort à cet effet (services économiques, service des urgences, service des admissions).

4.1.8 Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant sur le site principal de l'hôpital

En cas d'accident d'un usager sur le site principal de l'établissement, il convient d'appliquer les procédures d'urgence se trouvant dans la gestion documentaire.



4.2 Règles de bonne conduite et obligations des personnels

4.2.1 Respect par les professionnels des obligations

Tout professionnel doit se conformer aux dispositions du règlement intérieur et aux règles relatives à la fonction publique hospitalière.

4.2.2 Assiduité et ponctualité

L'assiduité et la ponctualité du personnel font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement du Centre Hospitalier, afin d'assurer la continuité du service public.

Les horaires sont fixés par tableaux de service et sur la base de plannings prévisionnels de travail. Ces plannings sont signés le 15 du mois précédent et affichés et à disposition des agents dans chaque service.

4.2.3 Respect des instructions reçues et obéissance hiérarchique

Tout professionnel de l'établissement est responsable d'activités et de missions qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions orales ou écrites de son supérieur hiérarchique, tant dans la réalisation de son travail que dans son organisation, ainsi que celle de son équipe. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent du fait de l'intervention d'autres professionnels.

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. Il exécute les actes professionnels relevant de sa compétence et sous réserve de son aptitude à l'effectuer. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par dispositions législatives.

Tout agent doit refuser toutefois tout ordre manifestement illégal et exercer son droit de retrait en cas de danger grave et imminent. Il en alerte alors son supérieur hiérarchique et la direction des ressources humaines directement et sans délai et établit une déclaration de danger grave et imminent.

4.2.4 Obligation d'exercice exclusif des fonctions

Tout professionnel de l'établissement, en tant qu'agent public, doit se consacrer totalement à sa fonction. Il ne peut exercer à titre professionnel une autre activité rémunérée. La mise en œuvre de cette interdiction est assortie de nombreuses exceptions relevant de la réglementation et sous l'autorité du chef d'établissement.

Tout professionnel de l'établissement souhaitant exercer une activité complémentaire doit préalablement en demander l'autorisation par courrier auprès de la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales. Celle-ci vérifiera l'absence d'incompatibilité légale ou déontologique ou tout conflit d'intérêts, au besoin en saisissant la commission de déontologie. Le professionnel ne peut exercer une activité complémentaire qu'après autorisation, révocable à tout moment.

Les activités rémunérées de formateur sont encadrées par les règles du référentiel de gestion du temps de travail.



4.2.5 Obligation de désintéressement

Il est strictement interdit à tout membre du personnel de l'établissement, par lui-même ou par personne interposée, d'avoir dans une entreprise ou un opérateur public en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

Chaque professionnel doit veiller à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver. Constitue un conflit d'intérêt toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés, qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif des fonctions.

4.2.6 Inscription aux ordres professionnels

Conformément aux dispositions légales en vigueur, les professionnels doivent s'assurer de leur inscription au tableau de l'ordre professionnel s'ils en relèvent. Ils ont l'obligation de respecter les règles déontologiques de leurs ordres respectifs. Les autres professionnels doivent également veiller à l'enregistrement de leurs diplômes auprès des autorités sanitaires et notamment si leur profession n'est pas dotée d'une structure ordinaire.

Conformément au décret n° 2018-596 du 10 juillet 2018, les ordres professionnels infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicure-podologues disposent d'un droit à la communication des données nominatives des personnels concernés. L'établissement leur transmet régulièrement ces informations dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données.

4.2.7 Actualisation de la situation administrative

Chaque agent est tenu de communiquer à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales son adresse postale et ses coordonnées téléphoniques et de les mettre à jour en cas de changement. En effet, les coordonnées personnelles de l'agent sont indispensables aux relations avec l'établissement.

Ces coordonnées sont conservées à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales. Le numéro de téléphone est transmis par le système de gestion du temps de travail au responsable de service et peut être retiré ou ne pas être communiqué à la demande expresse de l'agent.

4.2.8 Respect de l'environnement de travail

4.2.8.1 Travail en équipe et respect mutuel

Les professionnels du centre hospitalier sont constamment amenés à travailler en équipes pluridisciplinaires. Le respect mutuel, la coordination et le partage des informations, l'entraide et le souci d'intégrer les nouveaux agents dans l'équipe y sont des garanties de qualité de la prise en charge des patients et de l'accompagnement des résidents.

Tout comportement contrevenant au respect dû à chaque agent ou de nature à perturber le bon fonctionnement du service peut constituer une faute professionnelle. Ces règles de conduite prévalent également sur les réseaux sociaux.



4.2.8.2 *Bon usage des biens de l'établissement*

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

L'établissement demandera le remboursement des dégradations qui seraient causées par un agent, en cas de dégradation volontaire ou de négligence caractérisée.

4.2.8.3 *Respect des règles de sécurité et des bonnes pratiques d'hygiène*

Chaque professionnel, conformément au code du travail (article L. 4122-1) est responsable de sa sécurité et de celle de ses collègues de travail, suivant ses compétences et ses possibilités.

A cet égard, les professionnels de l'établissement doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité les concernant pendant l'exécution de leur service.

A cet effet, ils doivent prendre connaissance et mettre en pratique les dispositions réglementaires applicables à leurs activités, les protocoles d'hygiène en vigueur dans l'établissement et les règles applicables à leur service et à leur activité : circuit des déchets, hygiène des mains, utilisation des solutions hydro alcooliques, interdiction du port de bijoux pour les personnels en contact avec les patients et résidents, protocoles de soins, hygiène corporelle, respect des règles de port de la tenue professionnelle, port d'équipement de protection individuelle, dispositif de signalement sur poste travailleur isolé, notamment.

Les professionnels de l'établissement ont l'obligation de participer aux mesures de prévention et aux actions de formations spécifiques destinées à assurer la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers.

4.2.8.4 *Signalement des événements indésirables*

L'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité est l'une des priorités de la politique suivie par notre établissement.

Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses patients, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, des événements pouvant affecter la sécurité des soins, des personnes et des biens. Afin de favoriser la remontée des événements indésirables, leur analyse et leur traitement, la direction rappelle les principes de fonctionnement sur lesquels le système repose dans la Charte de confiance en termes de non punitivité, d'objectivité, d'anonymat et confidentialité et d'expertise. La Charte de confiance constitue une annexe du règlement intérieur.

Dans ce cadre, et conformément au décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé et les articles L. 6111-2, L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique, il est de la responsabilité de chaque agent de signaler, spontanément et sans délai, les événements indésirables par l'intermédiaire du logiciel qualité. Un manquement à cette règle peut compromettre l'ensemble de la démarche de prévention des risques conduite dans notre établissement.



4.2.9 Responsabilité sociale de l'établissement

Le Centre Hospitalier de Saumur est engagé dans plusieurs démarches tenant en compte sa responsabilité sociale et environnementale. L'ensemble des professionnels de l'établissement est invité à participer à cette démarche, selon ses possibilités.

En matière de respect de l'environnement, il est demandé aux professionnels de contribuer par leur comportement aux démarches de réduction du gaspillage, de tri des déchets, d'économies d'énergie, de dématérialisation, et autant que possible d'usage de mode de transport respectueux de l'environnement dans leurs déplacements professionnels.

L'établissement conduit également une démarche de mise en œuvre du projet social, visant à donner des perspectives de carrière et d'évolution professionnelle aux professionnels du Centre Hospitalier et assurer l'équité entre agents, à développer une culture de prévention des risques et de qualité de vie au travail impliquant l'encadrement et les agents. En particulier, l'établissement mène des actions continues en matière d'intégration des travailleurs porteur de handicap et au retour et maintien dans l'emploi des agents souffrant de restrictions d'aptitude. Par leur action personnelle, les professionnels sont invités à s'impliquer dans cette démarche.

4.2.10 Comportements prohibés

4.2.10.1 Interdiction de consommer de l'alcool ou des produits illicites

La consommation de boissons alcoolisées est interdite au Centre Hospitalier de Saumur. Par exception, peut être autorisé expressément par la direction la consommation de vin, bière cidre ou poirée conformément à l'article R4228-20 du code du travail pour des occasions particulières. Aucun autre alcool ne peut être autorisé.

Se trouver en état d'ébriété est formellement interdit sur le lieu de travail et pendant le temps du service, conformément à l'article R4228-21 du code du travail. Le chef d'établissement peut demander à un salarié se présentant sur son lieu de travail dans un état manifeste d'ébriété de se soumettre à un contrôle d'alcoolémie sans délai, dans la mesure où cet état expose les personnes ou les biens à un danger. Le salarié peut contester le résultat du test en demandant un second contrôle, qui sera réalisé sans délai sur place. Tout état d'ébriété constaté sur le lieu de travail est constitutif d'une faute grave et donne lieu à l'engagement d'une procédure disciplinaire.

4.2.10.2 Interdiction de fumer ou de vapoter dans l'enceinte de l'établissement

Le Centre Hospitalier de Saumur est amené à prendre en charge des patients atteints de pathologies sévères liées au tabac et souvent abstinents ou en phase de sevrage. Par ailleurs, en tant qu'établissement public de santé, le Centre Hospitalier a une mission de prévention et de santé publique envers ses patients, mais aussi ses visiteurs et ses personnels, en particulier en matière de tabagisme. Enfin, l'usage de la cigarette dans les locaux de l'établissement représente un risque d'incendie réel.

C'est pourquoi, conformément à la réglementation en vigueur, il est strictement interdit de fumer au sein de l'établissement, en-dehors des lieux dédiés. Cette interdiction s'applique à l'ensemble des locaux de



l'établissement, y compris les salles de détente, les bureaux et les chambres des patients, mais aussi aux accès principaux des bâtiments et à leurs abords immédiats (entrées, auvents, escaliers, etc).

L'exemplarité des personnels de santé de l'établissement est particulièrement importante à cet égard. Il est rappelé à l'attention de tous, l'interdiction de fumer en tenue professionnelle, aux accès principaux des bâtiments et à leurs abords immédiats.

Le vapotage est soumis aux mêmes interdictions et restrictions.

4.2.10.3 *Interdiction d'introduire des armes ou objets dangereux et obligation de signalement*

A l'exception des représentants de la loi dûment habilités à la détention et au port d'arme, toute introduction d'armes ou d'objets dangereux est interdite dans l'établissement.

Tout agent a l'obligation de signaler sans délai l'introduction ou la découverte d'armes ou de tout objet dangereux. Ceux-ci doivent être déposés auprès du référent sécurité de l'établissement et du chef d'établissement (ou de l'administrateur de garde) en son absence, qui le remettra aux autorités de police, contre récépissé.

Dans le cas d'une découverte d'objet suspect dans l'enceinte de l'établissement, les professionnels doivent immédiatement prévenir son supérieur hiérarchique (ou à défaut, les personnes citées *supra*), pour appel à la police et la réalisation d'un périmètre de sécurité, afin d'assurer la sécurité autour des lieux et de préserver les preuves (gel des lieux).

4.2.10.4 *Manquement aux obligations et discipline*

Tout manquement aux obligations du fonctionnaire constitue une faute professionnelle et expose aux sanctions administratives ou disciplinaires en vigueur.

En cas de manquement aux obligations du fonctionnaire ou de non-respect du présent règlement, l'agent peut être convoqué par la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales pour un entretien préalable à engagement d'une procédure disciplinaire et peut être accompagné d'une personne de son choix. Si le manquement est avéré, une procédure disciplinaire sera conduite, pouvant donner lieu aux sanctions suivantes :

- Avertissement ou blâme (sanction de groupe 1),
- Radiation du tableau d'avancement, abaissement d'échelon, ou exclusion temporaire de fonctions d'une durée maximale de 15 jours (sanction de groupe 2),
- Rétrogradation ou exclusion temporaire de fonctions de 3 mois à 2 ans (sanction de groupe 3),
- Mise à la retraite d'office ou révocation (sanction de groupe 4).

Le directeur peut saisir le Conseil de Discipline – saisine obligatoire pour infliger des sanctions autres que de groupe 1 - et lui adresse un rapport précisant les faits reprochés et les circonstances dans lesquelles ils ont été commis. L'agent a le droit d'être assisté de défenseurs de son choix tout au long de la procédure. Il a droit à la communication de son dossier et de tous les documents annexes. Le Conseil de Discipline émet un avis. La sanction est prononcée par le Directeur par décision écrite notifiée à l'agent et peut faire l'objet de différents types de recours prévus par la réglementation.



4.2.11 Conditions d'exercice

4.2.11.1 Temps de travail et permanence des soins

Personnels non médicaux

Un référentiel de gestion du temps de travail, adopté après avis du Comité Technique d'Etablissement, détermine l'ensemble des règles relatives à la gestion du temps de travail dans l'établissement. Il est régulièrement mis à jour suivant les évolutions réglementaires et accessible par tout personnel de l'établissement, dans la gestion documentaire. Ce référentiel constitue une annexe du présent règlement intérieur.

La permanence des soins non médicale fait l'objet d'une décision fixant les modalités de fonctionnement de chaque ligne d'astreinte et les personnels concernés.

Personnels médicaux

Une charte de gestion du temps de travail médical, adoptée après avis positif par la Commission Médicale d'Etablissement, est diffusée à l'ensemble du personnel médical et remise à tout nouveau recruté. Cette charte constitue une annexe du présent règlement intérieur.

Les seniors participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour. Un règlement intérieur des gardes et astreintes, adopté avis de la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins et de la Commission Médicale d'Etablissement, détermine l'ensemble des règles applicables à la gestion de la permanence des soins. Il est diffusé à l'ensemble du personnel médical et remis à tout nouveau recruté. Il constitue une annexe du présent règlement intérieur.

4.2.11.2 Absences

Toute absence pour congés annuels, récupération du temps de travail, jours sur compte épargne-temps ou autorisations d'absence exceptionnelle doit faire l'objet d'un accord préalable délivré par le supérieur hiérarchique.

En cas d'absence inopinée l'agent appelle dès que possible par téléphone le cadre de son service afin de l'informer de son arrêt. Si le cadre est absent du service ou non joignable, l'agent absent contacte :

- Soit le cadre assurant la continuité du service,
- Soit l'infirmière du service en-dehors des heures ouvrables. Dans ce dernier cas, l'infirmier du service ou le collègue de travail (hors service de soins) prendra contact avec le cadre de garde ou à défaut, l'infirmière référente de nuit, qui signalera l'absence à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales.

Toute absence doit être accompagnée de l'envoi des justificatifs nécessaires (arrêt de travail initial ou prolongation, en particulier) dans un délai de 48h à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales. De même, l'agent transmet le formulaire et le justificatif correspondant au plus tard à la fin de sa période d'absence (enfant malade, événements familiaux, etc).

Toute absence non justifiée pourra donner lieu à une retenue sur salaire suivant la réglementation en vigueur. En cas de régularisation tardive d'une absence pour maladie ordinaire et de réitération dans les 24 mois



suivants, l'agent pourra être placé à demi-traitement de la date de l'absence à la date d'envoi du certificat médical d'arrêt de travail (initial ou prolongation).

La réitération d'absences injustifiées peut également conduire à l'engagement d'une procédure disciplinaire ou, pour les personnels contractuels, au non renouvellement de leur contrat. Enfin, une absence prolongée et non justifiée peut conduire à la mise en œuvre d'une procédure d'abandon de poste à l'encontre de l'agent concerné.

Une charte de gestion de l'absence non planifiée détaille les dispositions permettant de faire face aux situations d'absentéisme non planifiées au Centre Hospitalier de Saumur, en limitant leur impact sur les organisations de travail et les perturbations que celles-ci engendrent dans l'organisation personnelle des agents de l'établissement. Cette charte, diffusée par le système de gestion documentaire à l'ensemble de l'établissement s'applique de manière obligatoire à chaque professionnel du Centre Hospitalier de Saumur. Cette charte est placée en annexe du présent règlement intérieur.

4.2.11.3 *Mobilité professionnelle interne (personnels non médicaux)*

S'ils le souhaitent les professionnels non médicaux peuvent changer d'affectation en se portant candidat sur un poste publié en interne par la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales. Un projet de mobilité peut être exprimé à l'occasion de l'entretien professionnel annuel. Si l'agent candidat est retenu sur le poste par le cadre effectuant le recrutement, il recevra une nouvelle affectation à une date décidée conjointement par la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales et la ou les directions fonctionnelles concernées, afin de préserver la continuité de service. Les règles encadrant le processus de mobilité professionnelle interne sont déterminées par un protocole d'accord interne, adopté après avis du Comité Technique d'établissement, et placé en annexe du présent règlement intérieur.

Les agents peuvent également effectuer des remplacements internes ponctuels dans un autre service que leur service d'affectation dans le respect de leurs compétences. Ces remplacements sont régis par la charte de l'absence inopinée, placée en annexe du présent règlement intérieur.

4.2.11.4 *Télétravail*

Le télétravail est ouvert aux professionnels du CH de Saumur dont la nature des fonctions exercées le permet, après évaluation de leur demande par leur encadrement de manière partagée.

Le développement du télétravail a pour objectif d'aider les professionnels à mieux concilier leur vie privée et leur vie professionnelle. Cette modalité d'organisation du travail leur permet, en effet, d'adapter plus facilement sur toute la journée leurs horaires de travail à leurs éventuelles contraintes personnelles en utilisant les créneaux horaires habituellement occupés par les trajets, tout en respectant les plages horaires durant lesquelles ils sont à la disposition de leur employeur et peuvent être contactés. Il permet également de réduire la fatigue, de limiter l'interruption de tâche.

Le télétravail est effectué en-dehors des périodes de garde ou d'astreinte, c'est-à-dire au CH de Saumur sur des horaires de travail propres à chaque agent, dans le respect de la réglementation et de l'accord local sur le temps de travail.



Le télétravail repose sur la confiance, l'autonomie et la délégation à l'agent et sur un reporting régulier à son responsable.

Un protocole d'accord interne à l'établissement en détermine les modalités de mise en œuvre, constitue une annexe du présent règlement intérieur.

4.2.11.5 Formation

Les professionnels de l'établissement disposent, conformément à la réglementation en vigueur, d'un droit à la formation continue. Tout agent de l'établissement a une obligation de maintien et de développement de ses compétences au travers notamment du dispositif de développement professionnel continu pour les professionnels soignants et médicaux.

Les demandes de formation sont à formuler dans la mesure du possible lors de l'entretien professionnel annuel, afin d'être intégré au plan de formation.

Les formations proposées par l'établissement sont rendues accessibles à chaque agent par la publication du plan de formation annuel.

Le plan de formation annuel est présenté chaque année pour avis au Comité Technique d'Etablissement au plus tard avant le 31 décembre de l'année précédant sa mise en œuvre.

Tout agent en formation au sein de l'établissement reste soumis aux règles du présent règlement intérieur. Les départs en formation sont autorisés sous réserve des nécessités de service, appréciées par l'encadrement de chaque agent. Les frais de déplacement (transport, restauration, hôtellerie) sont pris en charge sur présentation des justificatifs nécessaires auprès du service formation après chaque session de formation réalisée, sur le budget de formation de l'établissement. Les barèmes de remboursement de ces frais sont prévus par la réglementation.

4.2.11.6 Stages

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein du Centre Hospitalier de Saumur doivent faire l'objet d'une convention entre celui-ci et l'organisme de rattachement de l'étudiant. Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite d'un maître de stage. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées, aux obligations réglementaires, ainsi qu'aux règles professionnelles qui leur sont applicables et au suivi pédagogique déterminé par leur programme d'enseignement.

Les stagiaires mineurs ne sont pas admis en service de soins.

Pour les stagiaires non soignants et non médicaux, les règles suivantes s'appliquent :

- Stage supérieur ou égal à 2 mois : stage pour répondre à un besoin temporaire et autorisé par la DRH. Le stage fait alors l'objet d'une indemnisation prévue par la réglementation
- Stage inférieur à 2 mois : les stagiaires doivent être âgés de 15 ans au minimum (hors services de soins) dans le cadre de partenariats développés avec certaines écoles. Les stages d'observation ne sont pas autorisés dans l'établissement.



4.2.11.7 Responsabilité des biens personnels

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, toute perte d'argent, valeurs ou objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l'Etablissement.

Les dégradations d'objets personnels dans le cadre de l'exercice professionnel doivent faire l'objet d'une déclaration auprès de la direction des services économiques.

Les personnels soignants ont accès à des casiers fermés situés dans des vestiaires sécurisés.

4.2.11.8 Ouverture des casiers

Les casiers, armoires ou vestiaires individuels mis à disposition des salariés doivent être identifiés auprès de la blanchisserie de l'établissement, qui en a la gestion. Les personnels s'engagent à respecter les locaux affectés à cet usage et à maintenir les vestiaires, casiers et armoires en parfait état de propreté. Pour des raisons d'hygiène et de sécurité ces casiers, armoires ou vestiaires mis à disposition pourront être ouverts pour changement d'affectation, opération de nettoyage ou suspicion de vol. Dans ce cas, l'agent à qui est affecté le casier est prévenu par courrier préalable de la blanchisserie, qui précise les modalités d'ouverture. Dans le cas de l'utilisation d'un vestiaire non attribué par la blanchisserie, un courrier sera apposé directement sur la porte du vestiaire pour une prise de contact immédiate avec la blanchisserie. Le cas échéant le contenu sera vidé par des représentants de la blanchisserie et de la DRH qui conservera les effets pour une durée limitée. Aucune indemnisation ne pourra être demandée si un cadenas a été coupé.

4.2.11.9 Identification des personnels et tenue professionnelle

Tenue et identification des professionnels

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services du Centre Hospitalier doivent adopter les tenues vestimentaires de travail adaptées à leur fonction. Le personnel non médical en contact avec les usagers (patients et visiteurs) est identifié sur sa tenue de travail de manière nominative.

Pour les catégories de personnel suivantes, une tenue de travail est fournie par l'établissement :

- Personnels médicaux
- Personnels soignants, médico-techniques et de rééducation
- Personnels logistiques
- Personnels techniques
- Personnels médico-administratifs
- Personnels administratifs dans les services de soin

La tenue vestimentaire professionnelle doit être portée pendant toute la durée du service. Chaque agent veille à conserver une tenue propre et maintenue fermée. Le port des vêtements de travail est interdit dans le restaurant du personnel et à l'extérieur du Centre Hospitalier, en-dehors de la durée du service. Le port des tenues de bloc opératoire est strictement limité à ces unités, dans le respect des règles d'hygiène.

Port des chaussures

Les agents du Centre Hospitalier de Saumur peuvent relever de 3 situations différentes concernant le port de chaussure :

1. Les services n'étant assujettis à aucune obligation particulière de sécurité et n'entrant pas dans le périmètre des unités concernées par l'indemnité de chaussure et de vêtement de travail.



2. Les services prévoient dans leur fonctionnement le port de chaussures particulières faisant partie de la liste des équipements de protection individuelle (EPI). Dans ce cas, les chaussures sont fournies par l'établissement et leur port est obligatoire.

3. Les services entrant dans le périmètre de l'indemnité de chaussure et de vêtement de travail. Dans ces services, l'établissement ne fournit pas de chaussures de travail et verse l'indemnité correspondante. Ces personnels doivent porter des chaussures antidérapantes, fermées, tenant correctement la cheville, réservées à l'activité professionnelle, en matière facilement lavables et silencieuses. Les chaussures ne suivant pas ces caractéristiques doivent être changées sans délai pour la sécurité des personnels et le repos des patients.

4.2.11.10 Recours aux véhicules de service

Un pool de véhicules de service est accessible à la réservation par le système de messagerie interne pour tous les professionnels de l'établissement disposant d'un ordre de mission, dans le cadre de trajets exclusivement professionnels. La participation à des formations ou à des congrès ne peut donner lieu à la réservation de véhicules de service.

Les clés et les papiers du véhicule sont à récupérer au standard et à redéposer sans délai lors du retour de mission. Les usagers de ces véhicules doivent remplir et signer à la fin de chaque mission le carnet de bord retraçant le trajet effectué. Avant la fin de chaque mission, l'usager du véhicule vérifie le niveau de carburant et fait le plein avec la carte de l'établissement lorsque la jauge est inférieure ou égale à la moitié du réservoir.

Les usagers des véhicules de service doivent être titulaires d'un permis de conduire correspondant au type de véhicule conduit et en cours de validité. Ils sont tenus de s'abstenir de conduire en cas de retrait ou annulation du permis de conduire ou en cas d'interdiction médicale de conduire ou de problème médicaux graves. Les usagers restent responsables pénalement de l'usage du véhicule, notamment en cas d'infraction au code de la route. Ils ont obligation de communiquer le numéro de leur permis de conduire aux services économiques pour l'acquittement des amendes et contraventions qui leur sont imputables. En cas d'accident, l'usager établit un constat, le transmet aux services économiques et signale l'accident sans délai. L'exemplarité des usagers dans le comportement sur la route est requise, chaque professionnel en mission représentant l'établissement et le service public hospitalier.

Toute dégradation, problème technique, nécessité de réparation, de nettoyage ou d'entretien constaté par un usager du véhicule doit être immédiatement signalée au standard qui transmettra l'information aux services techniques, chargés de l'entretien des véhicules.

Le transport de toute personne étrangère à la mission est interdit. Lorsque plusieurs professionnels du Centre Hospitalier de Saumur se rendent à une même mission, le covoiturage doit être privilégié. Il est interdit de fumer ou vapoter dans les véhicules de service. L'utilisation à des fins privées d'un véhicule de service (soirée, week-end ou congés) est interdite.

4.2.11.11 Bon usage du système d'information



Le Centre Hospitalier de Saumur s'est doté d'une charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'information, constitue une annexe au présent règlement intérieur. Celle-ci donne lieu à une signature par chaque professionnel de l'établissement lors de son recrutement et vaut engagement à la respecter.

Cette charte a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet du Centre Hospitalier de Saumur et rappelle à ses utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information.

Elle pose des règles permettant d'assurer la sécurité et la performance du système d'information de l'établissement, de préserver la confidentialité des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs, conformément à la Politique de Sécurité du Système d'Information définie par l'établissement.

4.2.11.12 Limitations de l'usage du téléphone portable personnel

En raison des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques, l'usage des téléphones portables est strictement interdit dans certaines zones de soins du Centre Hospitalier de Saumur, signalées par voie d'affichage. Les usagers ou personnels fréquentant ces zones doivent maintenir leur portable en position « arrêt » ou « avion », de manière à ce que le téléphone n'émette pas de signaux.

Dans les locaux communs de l'établissement, les usagers ou personnels veillent à ce que l'usage de leur téléphone portable ou de tout support informatique de communication n'occasionne pas de gêne ni de nuisances pour les autres personnes.

Toute personne faisant usage de son téléphone portable ou de tout support informatique dans l'établissement le conserve sous sa responsabilité. L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte, détérioration ou vol.

L'usage du téléphone portable ou tout support informatique de communication à titre personnel par les professionnels est strictement interdit au cours de la réalisation de soins et en présence des patients, des visiteurs ou des accompagnants.

L'usage du téléphone portable et des outils de communication (messagerie, internet, fax notamment) est réservé à un usage professionnel.

L'usage à titre personnel est toléré en-dehors de la présence des usagers, pour répondre occasionnellement à des nécessités urgentes de la vie privée, en-dehors des zones où le téléphone portable est strictement interdit et de manière à ce que son usage soit compatible avec les nécessités de service et ne puisse pas porter atteinte à l'image de l'établissement. Les temps de pause et de repas sont à privilégier dans ces situations. L'usage du téléphone portable à titre personnel n'est pas admis en réunion, sauf urgence particulière.



4.2.12 Relations avec les personnes extérieures

4.2.12.1 Communication entre les professionnels et les personnes extérieures à l'établissement et à la prise en charge des patients

Relations avec les médias

Seul le chef d'établissement ou son représentant peut autoriser l'accès à l'établissement par des journalistes. Toute présence de journaliste non autorisée dans l'établissement, doit être signalée à la Direction. Dans tous les cas, dès lors que des patients peuvent être identifiés, leur accord écrit doit être recueilli. Les professionnels de l'établissement sont tenus de respecter et de faire respecter les règles en matière d'accès des journalistes au sein de l'établissement et le droit à l'image.

Bon usage des réseaux sociaux

La liberté d'expression est garantie pour tous, y compris sur internet. Néanmoins, l'utilisation des réseaux sociaux doit être faite conformément à la réglementation, notamment au regard des articles 9 et 16 du Code Civil relative au respect de la vie privée et de la dignité de la personne humaine et dans le strict respect du secret professionnel, de la discréction professionnelle et de l'obligation de réserve. Ainsi, l'intervention sur les réseaux sociaux ne doit pas donner lieu au dénigrement, à la diffamation ni à l'injure, vis-à-vis de ses collègues, de l'établissement, ni des usagers du service public hospitalier.

Respect de l'identité visuelle de l'établissement

Le Centre Hospitalier de Saumur est doté d'une identité visuelle qui témoigne de son unicité et de ses responsabilités, notamment exprimées par son logo et sa charte graphique. Les personnels veillent en toutes circonstances au respect de cette identité dans l'exercice de leurs fonctions et dans les actions de communication qui les accompagnent, en lien constant avec le service communication et la direction de l'établissement.

4.2.12.2 Relations des professionnels avec la police

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de Police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, les personnels préviennent le chef d'établissement ou son représentant et l'informent des suites à l'issue de leur audition.

Conformément au protocole d'accord Police - Hôpital, « Pour toute situation de danger ou de trouble avéré, les professionnels auront recours directement aux services de Police par le biais du référent sécurité ou en cas d'absence en journée, par le Directeur Général et par le directeur de garde le soir, le week-end et les jours fériés. »

Les personnes victimes déposant plainte auprès des services de police disposent de la possibilité de se domicilier à l'adresse du CH de Saumur.

En cas de disparition inquiétante d'un patient ou d'un résident, tout professionnel est tenu d'en prévenir son cadre ou le cadre de garde le week-end et jours fériés, ainsi que l'administrateur de garde. Le commissariat de police doit être informé après accord de l'encadrement. Par voie électronique, une fiche de signalement de disparition inquiétante lui sera envoyée. Celle-ci sera ensuite classée dans le dossier du patient.



4.2.13 Droits des personnels

4.2.13.1 *Concertation au sein des services et droit à la participation*

Les chefs de pôle, directeurs référents, chefs de service et l'encadrement organisent au sein de leurs structures une concertation interne régulière pluriprofessionnelle associant toutes les catégories du personnel (réunion de service, conseil de pôle par exemple). Les professionnels bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail.

Le fonctionnaire ou agent public dispose du droit, par l'intermédiaire de ses représentants et en particulier de leur participation aux instances locales et nationales, comités de pilotage et groupes de travail ad hoc, de participer à l'élaboration des règles statutaires, de l'organisation et la conduite générale de l'établissement, à l'examen des décisions individuelles de carrière et à la conduite de l'action sociale de l'établissement.

4.2.13.2 *Liberté d'opinion et non-discrimination*

La liberté d'opinion est un droit garanti aux professionnels par l'établissement. Aucune discrimination, directe ou indirecte, ne peut être faite en raison des opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de l'origine, du sexe ou de l'orientation sexuelle, de l'âge, ou du handicap.

Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques médicalement justifiées à exercer certaines fonctions.

La carrière d'un professionnel candidat ou élu ne saurait être affectée par la conduite d'une campagne électorale ni par l'exercice d'un mandat.

4.2.13.3 *Droit syndical et liberté syndicale*

Le droit syndical est garanti aux fonctionnaires. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats (loi du 13 Juillet 1983 relative aux droits et obligations des fonctionnaires). Tout agent du Centre Hospitalier a le droit d'adhérer ou non à un syndicat.

La création d'un syndicat et la détermination de ses structures est entièrement libre ; en cas de création d'un syndicat ou d'une section syndicale, la Direction de l'Etablissement doit être informée des statuts et de la liste des responsables de l'organisme syndical.

L'exercice du droit syndical dans un Hôpital doit être concilié avec les nécessités du service et la continuité du service public.

Chaque organisation syndicale représentative dans l'Etablissement dispose d'un local, accessible des personnels de l'établissement. Des permanences y sont assurées par des responsables syndicaux.

Les organisations syndicales peuvent organiser des réunions statutaires ou d'information dans l'enceinte des bâtiments de l'établissement ; peuvent y participer les agents qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une autorisation spéciale d'absence. La demande doit en être adressée à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales trois jours avant la date de la réunion.



Les organisations syndicales peuvent en outre organiser une réunion mensuelle d'information d'une durée d'une heure (ou une réunion trimestrielle d'une durée de trois heures) à laquelle les agents peuvent participer pendant leurs heures de service.

Des panneaux d'affichage sont mis à la disposition des organisations syndicales ; ils peuvent être consultés par les agents dans des lieux accessibles par tous les professionnels de l'établissement.

La distribution des documents d'origine syndicale et la collecte des cotisations syndicales peuvent avoir lieu dans l'enceinte des bâtiments du Centre Hospitalier de Saumur, mais en-dehors des locaux ouverts au public. Elles sont assurées par les représentants des organisations syndicales qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une décharge d'activité de service. En ce qui concerne la distribution de documents d'origine syndicale, celle-ci peut également être assurée par les adhérents et par les sympathisants des organisations syndicales en-dehors des heures de travail. Elles ne doivent pas porter atteinte au fonctionnement des services. La diffusion par la messagerie professionnelle de l'établissement de documents d'origine syndicale est interdite.

Les représentants des organisations syndicales bénéficient de facilités de service pour exercer leur mandat :

- Des autorisations spéciales d'absence accordées sous réserve des nécessités de service,
- Pour participation aux congrès syndicaux et aux réunions des organismes directeurs dont ils sont membres élus, d'une durée maximale de 20 jours.
- Préparer les réunions des instances et pour leur permettre d'y participer.
- Des décharges d'activité de service peuvent également être accordées.

Un congé rémunéré d'une durée maximale de 12 jours par an peut être accordé aux représentants des organisations syndicales qui souhaitent suivre un stage de formation à caractère syndical.

4.2.13.4 *Droit de grève*

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le directeur a le droit d'assigner au service des professionnels indispensables à son fonctionnement minimum, selon les règles en vigueur établies après concertation avec les organisations syndicales.

Un protocole d'accord interne décrit les modalités d'exercice du droit de grève auquel il convient de se référer. Ce protocole constitue une annexe du présent règlement intérieur.

4.2.13.5 *Prévention des risques professionnels*

Le Centre Hospitalier de Saumur mobilise plusieurs dispositifs de prévention des risques professionnels et d'amélioration de la qualité de vie au travail, avec les acteurs concernés par ces questions. Plusieurs dispositifs complémentaires permettent de structurer la prévention des risques professionnels, suivis par le CHSCT et un ensemble de groupe et comités de pilotage :

- le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)
- des plans de prévention des risques professionnels par service ou transversaux



- des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail

4.2.13.6 *Droit de retrait en cas de péril grave et imminent*

Lorsque qu'un professionnel de l'établissement estime se trouver confronté à une situation de danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, il peut alors quitter son poste. Son retrait ne doit toutefois pas entraîner une nouvelle situation de danger grave et imminent pour d'autres personnes.

Le professionnel informe sans délai son responsable hiérarchique direct et la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales ou l'administrateur de garde (en période de garde et astreinte) par tout moyen adapté à la situation.

4.2.13.7 *Droit à la protection fonctionnelle*

Tout professionnel de l'établissement peut bénéficier de la protection fonctionnelle des agents publics s'il est victime d'une infraction dans l'exercice de ses fonctions ou en raison de ses fonctions. Cette protection s'étend également au conjoint, aux descendants et enfants de l'agent s'il y a lieu.

Les infractions contre lesquelles l'agent peut demander la protection fonctionnelle sont les suivantes : menaces, outrages, injures, atteinte volontaire à l'intégrité de la personne, à ses biens, diffamation, violences et actes de harcèlement. Elles peuvent avoir lieu pendant ou hors du temps de travail, dès lors que le lien de causalité entre le dommage subi par l'agent (ou ses proches) et les fonctions qu'il exerce est établi.

Le professionnel doit dans ce cas adresser sa demande de protection par écrit auprès de la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales, à la date des faits en cause. Le professionnel doit apporter la preuve des faits au titre desquels il demande la protection fonctionnelle. L'établissement estime la réalité de l'atteinte à l'agent et peut déclencher la protection fonctionnelle si les faits rapportés montrent que l'agent est effectivement victime d'une infraction ou pourrait l'être. Tout refus doit être motivé par écrit et notifié à l'agent.

Dans le cas où la protection fonctionnelle est octroyée, l'établissement, en tant qu'employeur, doit prévenir ou prendre les mesures adéquates pour faire cesser les attaques dont est victime ou pourrait être victime un professionnel de l'établissement ou ses proches. Il doit également apporter son assistance juridique aux agents victimes en apportant aide financière lorsque l'agent a engagé une action judiciaire ou en se portant directement partie civile, si l'établissement peut justifier d'un préjudice direct à son encontre. Enfin, l'établissement doit réparer les préjudices subis par l'agent ou ses proches avant même toute action en justice contre l'auteur des faits.

De manière particulière, les fonctionnaires sont protégés contre le harcèlement moral, conformément à la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, article 6 quinque qui définit les faits « qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. » De même, les professionnels ont le droit à la protection contre des faits de harcèlement sexuel, dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers.

4.2.13.8 Droit au suivi médical

Lors de son recrutement, chaque membre du personnel doit passer une visite médicale d'embauche et un dossier médical de santé au travail est constitué à son nom par le Médecin du Travail. Ce dossier est constitué du recueil des informations socio-administratives, médicales et professionnelles, formalisées et actualisées, nécessaires aux actions de prévention individuelles et collectives en santé au travail. Il contient également les avis et propositions du médecin du travail. Une copie des éléments médicaux qu'il contient peut être communiquée directement à l'agent à sa demande. Ces données sont enregistrées dans le respect du secret médical. L'agent peut consulter son dossier sous la responsabilité du médecin du travail, après demande écrite. Toute transmission d'information du dossier est réalisée à la demande ou après accord de l'agent, au médecin traitant du professionnel ou du médecin du travail de l'établissement d'accueil en cas de mutation de l'agent.

Après tout arrêt pour maladie ou maternité supérieur ou égal à 30 jours, l'agent passe une visite médicale de reprise : le Médecin du Travail vérifiera son aptitude à occuper à nouveau son emploi. Il peut aussi examiner tout problème de santé susceptible d'avoir des répercussions sur l'aptitude au travail.

Des visites d'information et de prévention sont menées régulièrement par le service de santé au travail, a minima tous les 5 ans.

Les agents exposés à des risques particuliers pour leur santé font l'objet d'un suivi individuel renforcé par le biais de visites périodiques auprès du service de santé au travail.

Des visites peuvent être effectuées à la demande de l'établissement, du professionnel ou du médecin du travail.

Les visites médicales sont considérées comme temps de travail effectif pour les agents en activité et les frais de transport sont pris en charge pour les visites auprès de médecin agréés ou experts. Si l'agent ne se présente pas à une convocation pour une visite au service de santé au travail de manière répétée et après rappels, l'agent concerné peut être suspendu de ses fonctions à titre conservatoire, sans traitement, jusqu'à la réalisation de cette visite.

4.2.13.9 Gratuité des soins

Un agent stagiaire ou titulaire de l'établissement, en position d'activité, bénéficie de la gratuité des soins médicaux qui lui sont dispensés au Centre Hospitalier de Saumur ainsi que de la gratuité des produits pharmaceutiques délivrés par la pharmacie à usage intérieur, sur prescription d'un médecin de l'établissement. Les conditions en sont prévues par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (article 44).

Cette gratuité se transcrit non pas par une exonération totale du prix de la consultation ou de l'examen, mais seulement de la partie du ticket modérateur (soit la partie prise en charge habituellement par les mutuelles complémentaires). De ce fait, la participation forfaitaire de 1€ pour chaque consultation reste due (ceci depuis la réforme de la sécurité sociale). De même que la partie prise en charge par le régime général dépend de la déclaration ou non d'un médecin correspondant (loi du 13 août 2004 sur le parcours de soins coordonnés).



S'il souhaite bénéficier de la gratuité des soins, lorsqu'il doit suivre des examens de laboratoire ou de radiologie, aller en consultation ou être hospitalisé, l'agent doit faire compléter la fiche « prise en charge financière par le CH de Saumur » diffusée dans la gestion documentaire de l'établissement. En effet, sans cette fiche complétée et retournée dans les 15 jours suivant la consultation ou l'examen, une facture sera adressée à la complémentaire de l'agent ou à défaut à l'agent directement.

4.2.13.10 *Evaluation professionnelle*

Conformément à l'article 27 de la loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, un entretien professionnel annuel est conduit pour chaque agent. Cet entretien réalisé par le supérieur hiérarchique direct et le professionnel concerné vise à établir le bilan de l'année écoulée, les objectifs atteints, la manière de servir, d'évaluer l'évolution des compétences de l'agent, de déterminer des objectifs pour l'année à venir, d'exprimer les souhaits d'évolution et les besoins en formation des professionnels. Il revêt un caractère obligatoire pour les agents ayant exercé au moins 12 mois dans l'établissement.

La date d'entretien est fixée par le supérieur hiérarchique et communiquée au moins 8 jours à l'avance par courrier, accompagné des supports d'entretien professionnel et d'entretien de formation. L'entretien donne lieu à compte-rendu dans les 30 jours qui suivent l'entretien et communiqué à l'agent.

La campagne d'entretiens professionnels est régie par note de service annuelle et les modalités détaillées de l'entretien par une instruction interne disponible auprès de tous les agents par le système de gestion documentaire interne.

4.2.13.11 *Droit d'accès à son dossier administratif*

Un dossier administratif est constitué pour chaque agent intégrant la fonction publique hospitalière ; ce dossier suit l'agent tout au long de sa carrière hospitalière (y compris lors d'une mutation). Il comporte notamment des renseignements d'état civil fournis par l'agent, des décisions individuelles de gestion de sa carrière, les correspondances échangées, ses fiches de notation et d'affectation, des informations relatives à sa retraite et l'extrait n°2 de casier judiciaire, les fiches d'aptitude médicale aux fonctions. Aucun élément n'ayant trait aux activités ou opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses ne peut y figurer. Ce dossier est confidentiel et conservé à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales de manière sécurisée.

Une partie de ce dossier est dématérialisé. Les données du dossier dématérialisé sont communiquées à des tiers, liés au Centre Hospitalier de Saumur par un contrat pour l'exécution de tâches sous-traitées, nécessaires à la gestion de la rémunération ou du temps de travail, notamment. Ces tiers n'ont qu'un accès limité aux données strictement indispensables et ont l'obligation de les utiliser en conformité avec les dispositions de la législation en vigueur, applicable en matière de protection des données personnelles. Les informations personnelles seront conservées de manière sécurisée aussi longtemps que nécessaire à l'exercice professionnel des agents, à l'accomplissement par l'établissement de ses obligations légales et réglementaires et à l'exercice des prérogatives lui étant reconnues par la loi et la jurisprudence. Les professionnels de l'établissement disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de leurs données ou encore de limitation de leur traitement. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de leurs données.



Tout agent peut consulter son dossier en adressant une demande écrite préalable à adresser à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales. Au cours de ce rendez-vous, l'agent peut être accompagné d'une personne de son choix et obtenir des copies de pièces de son dossier.

4.2.13.12 *Droit à la formation professionnelle*

L'établissement met en œuvre une politique formation initiale et continue conforme à la réglementation. Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux professionnels, selon les conditions et modalités définies par voie réglementaire. Les agents peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers. Le droit à formation est associé à l'obligation de développement professionnel continu.

Sans préjudice des actions de formation professionnelle prévues par les statuts particuliers, tout agent bénéficie, en fonction de son temps de travail, d'un compte personnel formation. Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent en accord avec son administration.

Les actions de formation suivies peuvent avoir lieu, en tout ou partie, sur le temps de travail.

Les attestations de présence à la formation ainsi que les justificatifs originaux de dépense doivent être transmis dans les meilleurs délais à l'employeur.

Un plan de formation, suivant les axes du projet pluriannuel de formation intégré dans le projet d'établissement, est présenté chaque année pour avis au comité technique d'établissement (personnels non médicaux et sages-femmes) et à la commission médicale d'établissement (médecins).

4.2.13.13 *Ordre de mission et frais de déplacement*

Ordre de mission

Un ordre de mission peut être établi dans le cadre d'une mission ponctuelle, à la demande de l'agent auprès de la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales avant le déplacement, à l'appui de la convocation justifiant le déplacement. Un ordre de mission permanent peut être délivré pour les agents exerçant des fonctions itinérantes ou pour les agents appelés à se déplacer fréquemment dans la limite géographiquement définie. Sa date de validité ne peut excéder 12 mois.

Frais de déplacement et usage du véhicule personnel

Les frais de déplacement réalisés dans un cadre professionnel sont indemnisés par l'établissement sur la base des textes en vigueur et après réalisation des formalités mentionnées ci-après.

L'utilisation des véhicules de l'établissement ainsi que les transports en commun sont à privilégier pour tout déplacement professionnel, en-dehors de la participation à des formations ou des congrès.

L'utilisation du véhicule personnel peut être autorisée sur demande de l'agent, préalablement au déplacement au moment de la demande de l'ordre de mission. A défaut, les frais de déplacement ne seront pas pris en charge. Après instruction de la demande et en cas d'accord, l'autorisation d'utilisation du véhicule personnel sera mentionnée sur l'ordre de mission délivré à l'agent. En cas de refus, l'agent est informé par la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales dans les meilleurs délais.



Les agents autorisés à utiliser leur véhicule pour les besoins du service doivent satisfaire aux conditions prévues en matière d'assurance.

Il est interdit d'assurer le transport des patients avec son véhicule personnel.



5 SECURITE ET ENVIRONNEMENT

5.1 Sécurité

5.1.1 Pouvoirs de police du Directeur

Le Directeur veille au respect des règles relatives à l'ordre public déterminé par les lois et règlements, et coordonne leur mise en œuvre au sein du Centre Hospitalier et sur ses différents sites rattachés.

En vertu de ses pouvoirs de police et d'organisation, le Directeur peut édicter des règles spécifiques visant à assurer la tranquillité et la sécurité des usagers, ainsi que la protection des personnes et des biens, par voie de recommandations générales ou de consignes particulières.

Afin de prévenir les situations à risques et de faciliter les interventions, une collaboration est effective avec les intervenants locaux en matière de justice, sécurité et de lutte contre l'incendie.

5.1.2 Opposabilité des règles de sécurité, de tranquillité et de respect du stationnement

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que le CH assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail, ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Ces mesures internes sont portées à connaissance des personnels, des visiteurs et de toute personne concernée dans les dispositions de ce présent règlement intérieur et peuvent être complétées, autant que de besoin, par voie de note de service et d'informations institutionnelles.

La sécurité routière est assurée par l'application du Code de la Route sur tous les sites hospitaliers ouverts à la circulation.

Le CH dispose de différents parkings gratuits. Les emplacements dédiés aux stationnements doivent être strictement appliqués, afin de laisser libre d'accès les voies nécessaires au passage et à l'intervention des véhicules de secours et véhicules sanitaires.

Une vigilance est nécessaire, pour respecter les places matérialisées pour les personnes à mobilité réduite et localisées à l'entrée des parkings, au plus près des entrées de l'Etablissement.

Toute gêne à la circulation routière ou au passage des piétons sera signalée aux autorités de Police.

Les usagers ou visiteurs pour tout motif, les personnels des prestataires, fournisseurs et institutions partenaires du CH de Saumur, ainsi que les personnels du CH sont soumis aux règles de sécurité en vigueur au CH, pendant toute la durée de leur présence au sein des sites, bâtiments et installations de l'Etablissement.

Toute personne présente sur les sites hospitaliers doit s'y conformer et, le cas échéant, suivre les consignes données par les personnels habilités.

5.1.3 Interventions en cas de situations de troubles à l'ordre public et de violences

En cas de notamment de non-respect des horaires de visite et en situation de trouble constaté, des mesures seront prises pour maintenir la tranquillité et sérénité des lieux, ainsi que pour assurer la sécurité des biens et des personnes :

- Un recours au référent sécurité-sûreté est adapté, en cas de difficultés persistantes ;
- **Un appel aux forces de l'ordre peut être directement réalisé, en cas de situations urgentes ;**
- Une information et une saisine du directeur ou de l'administrateur de garde et du référent sécurité-sûreté seront effectuées, pour envisager des actions correctrices.



Toute action de violence envers des professionnels du CH fera l'objet d'une étude pour dépôt de plainte directe de la part des personnels concernés et par un soutien de l'institution aux démarches lancées. Tous les professionnels du Centre hospitalier ayant subi des actes de violences (verbales ou/et physiques) peuvent en leur nom propre déposer plainte auprès des autorités compétentes et en informer l'établissement afin d'être accompagné dans cette démarche.

Toute intrusion dans des locaux non ouverts au public sera signalée aux forces de l'ordre, pour intervention.

5.1.4 Situations de danger pour des patients et résidents

Des procédures spécifiques de signalement sont mises en place selon le degré de danger pour les patients ayant quitté l'Etablissement, contre avis médical. En analysant les risques encourus et selon le principe de nécessaire consentement aux soins, chaque situation est étudiée.

Une grande réactivité est nécessaire en cas de disparition inquiétante, avec un signalement immédiat aux forces de police et la mise en place en interne de recherches.

5.1.5 Utilisation de la vidéo protection

Un équipement de vidéo protection est installé, dans le respect des règles énoncées par la CNIL et fait l'objet de déclarations en Préfecture.

5.1.6 Infractions perpétrées dans l'enceinte du CH

Les contraventions, crimes et délits perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Les victimes de dommages, quelle que soit leur nature, doivent porter plainte en leur nom personnel. Le Directeur peut porter plainte pour les dommages subis comme par exemple en cas d'ITT par un agent, pour la détérioration du matériel, des bâtiments...

Les agents de la fonction publique sont tenus par les dispositions de l'Article 40 du Code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en avisent le Directeur ou l'administrateur de garde ou/et le référent sécurité-sûreté, qui informent sans délai, le Procureur de la République et s'assure que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

5.1.7 Application de mesures nationales et vigilance locale

Le Centre Hospitalier applique les mesures prises dans le cadre de déclenchement de plans sécurité nationaux. Les conduites à tenir, notamment en cas de situations sanitaires exceptionnelles, sont relayées au personnel pour mise en application.

Les dispositifs du Plan Vigipirate sont donnés par l'Etat et/ou ses représentants et doivent être déclinés selon les situations énoncées et mis en œuvre selon les directives données.

Des principes de gestion de crise sont appliqués.

Le plan Blanc de l'Etablissement est formalisé et fait l'objet d'informations institutionnelles.

En cas d'identification d'un risque de danger pour les personnels et les usagers (objet non identifié laissé sans surveillance, produit dangereux, suspicion de comportements non adaptés au sein de l'enceinte hospitalière...), une interdiction provisoire d'accès à un local ou à un espace délimité, avec éventuellement un périmètre de sécurité, un déclenchement de procédures d'évacuation... peut être prise par le Directeur ou son représentant, ou/et par le référent sécurité, avec l'intervention des forces de l'ordre.



5.1.8 Lutte contre l'incendie

Le Centre Hospitalier met en place des procédures de prévention et d'intervention du risque incendie. Les personnels de l'Etablissement doivent suivre une formation obligatoire. Ils doivent se conformer strictement aux consignes données.

En cas d'incendie, les premières mesures sont de :

- Composer le 18 pour donner l'alerte**
- Garder son calme.**
- Ne pas ouvrir les fenêtres.**
- Ne pas utiliser les ascenseurs.**

En cas d'évacuation organisée par le personnel hospitalier ou le personnel de sécurité, il faut se diriger vers le point de rassemblement indiqué.

5.1.9 Portée, contrôle et évaluation de l'application des règles de sécurité

Les règles édictées et mesures prises le sont dans le but d'assurer la sécurité des usagers et des personnels, de garantir la continuité du service public, de contribuer à la tranquillité et à la qualité des soins.

Elles sont appliquées avec tact et discernement, dans le respect d'un principe de juste proportion.

Des mesures spécifiques, conjoncturelles ou permanentes, peuvent être prises par service ou par structure : ainsi les personnels, élèves et étudiants de l'IFSI/ IFAS se doivent d'appliquer les consignes de sécurité émises par la Direction des Instituts, tout comme le contrat de séjour en EHPAD vient préciser les modes de fonctionnement relatifs à chaque entité.

5.2 Environnement

5.2.1 Développement durable

Le Centre Hospitalier s'engage dans une dynamique d'hôpital écoresponsable et sensibilise les personnels et tout visiteur à la maîtrise des consommations d'énergie.

Des politiques volontaristes sont menées en matière de gestion et de réduction des déchets, par l'application de filières d'élimination et de recyclage.

5.2.2 Entretien du patrimoine hospitalier et promotion de la qualité de vie

Le Centre Hospitalier assure la préservation des espaces naturels.

Des questionnements sur l'impact environnemental sont réalisés en interne lors de toute opération de réorganisation de locaux.

Une cellule opérationnelle d'hygiène intervient pour toute question relative à des aménagements internes et la conduite de travaux sur site, en lieux occupés ou non.



Liste de sigles et abréviations

ARS Agence Régionale de Santé
CASF Code de l'Action Sociale et des Familles
CDU Commission des Usagers
CH Centre Hospitalier
CHU Centre Hospitalier Universitaire
CHSCT Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CME Commission Médicale d'Etablissement
CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSIRMT Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
CSE Comité Social d'Etablissement
CSP Code de la Santé Publique
CTE Comité Technique d'Etablissement
CVS Conseil de la Vie Sociale
DIM Département d'informations Médicales
EFS Etablissement Français du Sang
EHPAD Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes
EOH Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPRD Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS Etablissement Public de Santé
FHF Fédération Hospitalière de France
HPST Hôpital Patients Santé Territoire (loi du 21 juillet 2009)
GHT Groupement Hospitalier de Territoire
SMUR Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation



ANNEXES

Liaisons avec le règlement intérieur	Documents concernés avec éventuelles références sous le système documentaire interne	Pagination
Vie institutionnelle		
2.1.1.4 La Commission Médicale d'Etablissement (page 25)	Règlement intérieur de la CME validé par l'instance du 15-09-2015	Page 96
2.1.1.5 Le Comité technique d'Etablissement (page 29)	Règlement intérieur du CTE du 28-09-2017 validé par M. Quillet (Qualnet TE-ORGAN-EN-001)	Page 107
2.1.1.5 La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (page 34)	Règlement intérieur de la CSIRMT du 20-12-2018 validé par M. Quillet (Qualnet DS-CSIRM-EN-001)	Page 114
2.1.2 Instances consultatives (page 40)	Règlement Intérieur du Comité de Lutte contre la Douleur validé par M. le Dr CAUSERET le 15-03-2019 (Qualnet UD-QUALI-I-001)	Page 124
2.1.2 Instances consultatives (page 40)	Règlement intérieur du Comité des Vigilances, des Risques et de la Qualité validé par M. le Dr CAUSERET le 10-03-2020 (Qualnet SQ-ORGGE-EN-004)	Page 130
Dispositions relatives aux patients, résidents et usagers		
3.3.1.5 Traitements automatisés des données à caractère personnel (page 58)	Charte de sécurité pour l'accès et l'usage du système d'information dans le respect de la confidentialité des données validé par M. Quillet le 05-04-2018 (Qualnet SI-ESECUR-CH-001)	Page 134
3.6.2.7 Prise en charge par le service mortuaire du Centre Hospitalier (page 67)	Règlement intérieur de la chambre mortuaire validé par M. Quillet le 31-08-2020 (Qualnet CM-ORGAN-EN-001)	Page 148
Dispositions relatives aux personnels		
4.2.8.4 Signalement des événements indésirables (page 73)	CHARTE DE CONFIANCE covalidée par Président de la CME – Directeur des soins et Chef	Page 150



	d'Etablissement le 24/04/2014 (Qualnet SQ-GERIS-CH-002)	
4.2.11.1 Temps de travail et permanence des soins (page 76)	<p>Personnels non médicaux : Référentiel de gestion du temps de travail (Qualnet RH-GESTT-P-001), version mise à jour en 2021- validé par le CTE le 11/02/2021</p> <p>Personnels médicaux :</p> <p>Charte de gestion du temps de travail médical et de la qualité de vie au travail</p> <p>Règlement intérieur astreintes et des gardes</p>	Page 152 Page 379 Page 458
4.2.11.2 Absences (page 77)	Charte de gestion de l'absence non planifiée, référencée RH-ABSEN-EN-001 et diffusée le 09/05/2018	Page 478
4.2.11.3 Mobilité professionnelle interne pour les personnels non médicaux (page 78)	<p>Protocole d'accord interne, intégré au référentiel de gestion du temps de travail (Qualnet RH-GESTT-P-001)</p> <p>Charte de l'absence inopinée : de l'absence non planifiée (document précédemment annexé et référencé RH-ABSEN-EN-001)</p>	Page 477
4.2.11.4 Télétravail (page 78-79)	Protocole d'accord de télétravail, officialisé le 01/07/2021 par M. QUILLET	Page 481
4.2.11.11 Bon usage du système d'information (page 81)	<p>Charte disponible en page 135</p> <p>Extraits intégrés dans le document d'engagement référencé SI-ESECUR-CH-002 du 18/07/2018</p> <p>Différents documents de lecture présentés à la signature de chaque agent (stagiaire-DRH-DSIRMT-DAM) référencées: SI-ESECUR-E-003 à 006</p>	Page 492
4.2.13.4 Droit de grève (page 84)	Protocole d'accord interne	Page 503



 CME	INSTRUCTION	Référence :
	REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (C.M.E.)	
Rédigé par : Hervé CAUSERET, Président Martine COTTIER-JOUET, Vice Présidente Le		Revu par : Jean-Christophe PINSON - Directeur Le
		Approuvé par : CME Le 15 septembre 2015

PREAMBULE

La Commission Médicale d'Etablissement est l'instance de cohésion, de débat et de propositions de la communauté médicale, pharmaceutique, odontologique et maïeutique.

Elle participe à la coordination des pratiques et des décisions de l'établissement, en terme de prises en charge, de projets et d'organisations.

La CME coopère à l'élaboration du projet médical et du projet d'établissement qui en découle, dans le respect des orientations du PRS, et permet son appropriation par les praticiens.

Elle valorise la culture de la qualité des soins et veille au respect permanent des valeurs déontologiques et éthiques.



VU le Code de la Santé Publique et en particulier les articles L. 6144-1, L. 6144-2, R. 6144-1 à R. 6144-6

VU le décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la CME

Il est défini et arrêté le règlement intérieur qui suit :



I - Composition de la Commission Médicale d'établissement – Articles L.6144-2, R 6144-3, R.6144-3-2 du CSP

Article 1 :

La Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de Saumur est composée des membres suivants :

Membres de droit :

- l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement.
Au Centre Hospitalier de Saumur, un collège de 4 membres.

Membres élus :

- des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles. Le nombre de siège à pourvoir est égal au nombre des chefs de pôle. Si un chef de service est également chef de pôle il ne peut siéger qu'à ce dernier titre.
Au Centre Hospitalier de Saumur, un collège de 4 membres élus titulaires et 4 membres suppléants.
- des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement.
Au Centre Hospitalier de Saumur, un collège de 4 membres élus titulaires et 4 membres suppléants.
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement, un collège de 4 membres élus titulaires et 4 membres suppléants
- Des représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique, un collège de 2 membres élus titulaires et 2 membres suppléants.
- Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale et un suppléant, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités et un suppléant, un représentant pour les internes de pharmacie et un suppléant.

Participant aux séances de la Commission Médicale d'Etablissement avec voix consultative :

- le président du Directoire ou son représentant ;
- le président de la CSIRMT ;
- le praticien responsable de l'information médicale (SIM)
- le représentant du CTE, élu en son sein ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.(EOH)
- un représentant des pharmaciens hospitaliers



Si le praticien responsable du SIM et/ou de l'EOH sont membres de droit ils siègent à ce titre.

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

Article 2 : Modalités d'élection et de désignation des membres

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours. Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué.

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au Directeur de l'Etablissement. Il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la Commission Médicale d'Etablissement.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le Président du Directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.

II - Présidence et Vice-Présidence de la Commission Médicale d'Etablissement

Article 1 : Modalités d'élection

Le Président et le Vice-Président de la Commission Médicale d'Etablissement sont élus parmi les praticiens membres de la CME pour une durée de 4 ans.

Le mandat de Président est renouvelable une seule fois de manière consécutive.

Le vote a lieu en séance plénière au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est élu.

Article 2 : Incompatibilités, démission, fin de mandat



Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement sont en principe incompatibles avec les fonctions de chef de pôle. Cependant, il peut être dérogé à l'incompatibilité entre les fonctions de président de CME et celles de chef de pôle si l'effectif médical de l'établissement le justifie.

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement prennent fin sur présentation de sa démission au Président du Directoire ou au terme du mandat de la Commission Médicale d'Etablissement qui l'a élu. Une élection d'un nouveau Président est organisée dans un délai de deux mois.

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

Article 3 : Droits et obligations

Le temps consacré aux fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement est comptabilisé dans les obligations de service du praticien concerné. La fonction de président donne droit à une indemnisation.

Le président de la CME peut bénéficier, s'il le souhaite, d'une formation à l'occasion de sa prise de fonction ou à l'issue de son mandat en vue de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales. Le président de la CME dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions.

Article 4 : Attributions du Président de la CME

Le président de la CME :

- préside les réunions de la CME, dont il fixe, sauf exception réglementaire, l'ordre du jour, et dont il organise et anime les débats. Il veille au bon fonctionnement de la commission, notamment il fait respecter une durée raisonnable à chaque réunion.
- coordonne la politique médicale de l'établissement et veille au bon fonctionnement de la Commission ;
- décide, conjointement avec le Directeur de l'établissement après concertation du Directoire, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la Commission Médicale d'Etablissement. Il est chargé du suivi de cette politique.

Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

Il présente au Directoire le programme d'actions proposé au directeur par la commission médicale d'établissement.



- élabore avec le Directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.
- coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, il assure notamment les missions suivantes :
 - Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
 - Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;
 - Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
 - Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;
 - Il présente au Directoire ainsi qu'au Conseil de Surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

III - Conditions d'exercice des membres

Article 1 : Incompatibilités, incapacités, démission d'office, fin de mandat

Lorsqu'un membre titulaire de la Commission démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la même catégorie ou de la même discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire. Une élection partielle est alors organisée, selon les dispositions réglementaires en vigueur, pour qu'il soit procédé au remplacement du membre suppléant dont le siège est vacant.

Article 2 : Droits et obligations

Les membres de la Commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Les membres de la Commission s'attachent à être présents aux réunions de la Commission Médicale d'Etablissement et de ses Sous-Commissions et à participer aux travaux.

Les membres représentant la CME aux instances de l'établissement (directoire, conseil de surveillance ...) siègent au nom de la CME. Dans ces instances ils s'expriment donc conformément aux avis et positions de la CME qu'ils représentent et non à titre personnel.

IV- Attributions de la Commission Médicale d'Etablissement

La CME présente 3 niveaux de compétences : consultative, informative et opérationnelle

IV-1 : Compétence consultative : La CME est consultée sur :



- le projet médical de l'établissement ;
- le projet d'établissement ;
- les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux ;
- compte financier et affectation des résultats ;
- mesure relative à la participation de l'établissement à une CHT ou une GHT ;
- projet tendant à la fusion avec un (ou plusieurs) EPS ;
- rapport annuel du Directeur sur l'activité de l'établissement ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de 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 ;
- orientations stratégiques et PGFP ;
- organisation interne ;
- plan de redressement ;
- modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- politique en matière de coopération territoriale ;
- politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- politique de formation des étudiants et internes
- politique de recrutement des emplois médicaux

IV-2 : Compétence informative : La CME est informée sur :

- les contrats de pôles : le fonctionnement des pôles et l'évaluation des conditions d'exécution des contrats interne ;
- le bilan annuel des tableaux de service ;
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique ;
- 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.

IV-3 : Compétence opérationnelle :

La CME 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.

Le Président de la CME désigne le Président de chaque instance. Ces décisions doivent être validées en CME.



Elle contribue également 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.

Enfin, la Commission Médicale d'Etablissement :

- propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables. 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.

La CRUQPC et la CSIRMT contribuent également à l'élaboration de ce programme.

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

Ce programme d'actions ainsi que le rapport annuel sont tenus à la disposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé par le Directeur de l'Etablissement.

Une coordination avec la Direction de la qualité et la nomination d'un coordonnateur médical est souhaitée.

5.2.3 Modalités de fonctionnement

Article 1 : Bureau de la Commission Médicale d'Etablissement :

Le bureau de la Commission Médicale d'Etablissement est composé :

- du Président de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- du Vice-Président de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- de l'ensemble des chefs de Pôle
- des membres de la Commission Médicale d'Etablissement élus pour représenter cette dernière au sein du Conseil de Surveillance de l'Etablissement ;
- le praticien responsable du service d'information médicale

Le bureau se réunit régulièrement à l'initiative de son Président. Au cours de ses réunions, il peut entendre ou inviter toute personne dont il souhaite solliciter l'avis.

Les missions du bureau de la Commission Médicale d'Etablissement sont :



- la préparation des réunions de la CME, dont l'ordre du jour est arrêté par le Président après avis du Directeur
- le suivi quotidien des dossiers impliquant la CME, en lien avec le Directeur et ses collaborateurs
- la représentation de la CME à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, sur délégation du Président, à l'exception des cas où cette représentation est prévue par voie réglementaire ;
- la définition des modalités d'accueil des internes et personnels médicaux nouvellement recrutés.
- mission de médiation : à la demande du chef de pôle, toute question relative au fonctionnement médical d'un service ou d'une unité.

Article 2 : Sous - commissions au sein de la Commission Médicale d'Etablissement

La Commission Médicale d'Etablissement met en place des sous-commissions nécessaires à la discussion, à l'analyse et à l'élaboration de ses projets, ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement médical. Le mandat de ces commissions expire en même temps que celui de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le Règlement Intérieur de chaque sous-commission est proposé par le président de celle-ci et arrêté par la Commission Médicale d'Etablissement.

La liste non limitative des commissions mises en place par la Commission Médicale d'Etablissement est la suivante :

- Commission relative à l'organisation de la permanence des soins
- Commission du développement professionnel continu
- Comité de lutte contre les infections nosocomiales
- Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
- COMEDIMS et commission des antibiotiques
- CLUD
- CLAN
- Commission des admissions et des hospitalisations non programmées

Le président de chaque commission, est désigné par le président de CME après avis du bureau de CME et de la CME ; il gère les travaux de sa commission, en collaboration avec le président de CME, et en concertation avec le bureau de la Commission Médicale d'Etablissement et le Directoire. Il fixe à son initiative les dates de réunion ainsi que l'ordre du jour de chaque séance. Il dresse annuellement un rapport écrit de l'activité de la commission qu'il anime et le porte à la connaissance de la Commission Médicale d'Etablissement siégeant en formation plénière. Chaque réunion de commission donne lieu à un relevé de conclusions écrit adressé aux membres de ladite commission, au Président de la Commission Médicale d'Etablissement et au Directeur. Le président de CME, ou son représentant désigné, intervient en cas de carence.



Article 3 : Réunions de la CME

La Commission Médicale d'Etablissement se réunit au moins quatre fois par an.

La Commission Médicale d'Etablissement se réunit sur convocation de son Président. Elle peut également se réunir à la demande d'un tiers de ses membres, du Président du Directoire ou encore du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la Commission, aux personnes qui y siègent avec voix consultatives ainsi qu'aux personnes conviées en tant qu'experts et à l'ensemble des médecins de l'établissement en tant qu'invités.

En cas d'urgence, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être abrégé par le Président.

La convocation, l'ordre du jour ainsi que les documents de travail ou comptes rendus de séances peuvent être transmis aux membres sous d'autres formes que la version papier traditionnelle. En l'occurrence au sein du CH de Saumur et dans un souci de simplification tous ces documents seront adressés par voie électronique.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon fonctionnement des travaux de la Commission peuvent être appelés à intervenir en séance sur invitation du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Toute question jugée importante peut être inscrite à l'ordre du jour par le Président de la CME. Pour les points ne nécessitant pas un avis de la CME, celle-ci, par l'intermédiaire de son Président a la possibilité de faire voter une motion qui sera transmise à la direction et aux instances de l'établissement.

Article 4 : Assemblée générale des praticiens

La Commission Médicale d'Etablissement se réunit au moins une fois par an en Assemblée Générale des praticiens de l'Etablissement sur l'invitation de son Président. L'assemblée générale est composée de l'ensemble des praticiens de l'établissement.

Article 5 : Suspension ou renvoi de séance

Le Président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, la Commission Médicale d'Etablissement est réunie à nouveau dans un délai minimal de 3 jours.

Article 6 : Quorum et votes

La Commission Médicale d'Etablissement ne peut délibérer valablement que lorsque le quart des membres au moins assistent à la séance.



Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion est réputée valable quel que soit le nombre des membres présents.

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du Président est prépondérante.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Article 7 : Comptes-rendus

Les contributions, avis et vœux émis par la Commission Médicale d'Etablissement font l'objet d'un procès verbal transmis à tous ses membres ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultatives. A l'exception des autorités de tutelle, les procès-verbaux de la C.M.E. ne peuvent être communiqués à des tiers.

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement informe par ailleurs l'ensemble du corps médical des contributions, avis et vœux émis par la Commission dans le cadre de ses attributions, et en assure le cas échéant la publicité.

Article 8 : Moyens de fonctionnement

La Commission Médicale d'Etablissement et son Président disposent de moyens humains, financiers et matériels mis à leur disposition par l'Etablissement, en particulier d'un temps de secrétariat dont le profil et la quotité de travail sont validés conjointement par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et par le Directeur. Ce temps de secrétariat est dédié au fonctionnement de la CME.

Règlement validé lors de la Commission Médicale d'Etablissement du 15 septembre 2015

Le Président de la CME

Le Vice-Président de la CME

Dr Hervé Causeret

Dr Martine COTTIER-JOUET

 DRH/DAM	Document d'engagement	Référence : TE-ORGAN-EN-001
	Règlement intérieur du Comité Technique d'Etablissement	



**Centre Hospitalier
de Saumur**
Un hôpital proche de vous

Contexte réglementaire

Le Comité technique d'établissement (CTE) du Centre hospitalier de Saumur est régi par l'ensemble des textes en vigueur qui lui sont applicables et notamment la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.

Article 1. Dénomination

REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT

Article 2. Composition

Le CTE est présidé par le chef d'établissement. Celui-ci peut être suppléé par un membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

Il est composé d'un collège unique de 10 titulaires et 10 suppléants de représentants du personnel, élus au scrutin de liste lors des élections professionnelles de la fonction publique hospitalière.

Le mandat des représentants du personnel est fixé à 4 années, conformément à la réglementation. Le mandat est renouvelable. Lors du renouvellement du CTE, les nouveaux membres entrent en fonction à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

Un représentant de la Commission médicale d'établissement assiste, avec voix consultative, à chacune des réunions du CTE.

Article 3. Attributions

Domaines de compétences

Le CTE est l'instance de représentation des personnels non médicaux, compétente sur les questions collectives.

3.1 - Consultation

Le CTE est obligatoirement consulté sur :

1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1, à savoir :

- le projet d'établissement
- 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* ;



Le CTE est également consulté sur le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;

2° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;

3° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;

4° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;

5° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;

6° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

7° Le règlement intérieur de l'établissement.

Le CTE est consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée, en particulier :

- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Les documents concernant ces questions sont transmis aux membres du CTE avec l'ordre du jour et au moins 15 jours avant la séance.

3.2 - Information

Le comité est régulièrement tenu informé de :

- la situation budgétaire
- des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement
- du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (mentionné à l'article L. 6114-1)
- du budget (prévu à l'article L. 6145-1)
- des décisions de constitution ou de participation à des coopérations et des réseaux (mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7).



Le comité technique d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme.

Article 4. Fonctionnement

4.1 - Secrétariat

Le CTE élit, parmi ses membres titulaires, un secrétaire. En cas d'absence du secrétaire titulaire, les représentants du personnel présents désignent un secrétaire de séance en début d'instance.

Le secrétaire co-signe avec le président le procès-verbal de séance. Le temps imparti aux charges de secrétariat est de 4 heures.

Les séances du CTE font l'objet d'un enregistrement. Il peut être entendu par le secrétaire de l'instance.

4.2 - Organisation des réunions

4.2.1 - Généralités

Les séances du CTE ne sont pas publiques.

Le CTE se réunit au moins une fois par trimestre.

Le CTE se réunit sur convocation de son président, à l'instigation de celui-ci ou sur demande émise par la moitié des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le CTE est alors réuni dans un délai de 15 jours. La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

Lorsqu'un représentant titulaire est dans l'impossibilité d'assister à une réunion du Comité technique d'établissement, il peut être remplacé par l'un des suppléants figurant sur la liste au titre de laquelle il a été élu.

En dehors de ce cas, les membres suppléants peuvent assister aux séances du Comité technique d'établissement dans la limite de 1 représentant par organisation syndicale sans pouvoir prendre part aux votes ni aux débats.

Le président du CTE, à son initiative ou à la demande de membres titulaires de l'instance, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point mis à l'ordre du jour. Les experts n'ont pas voix délibérative, ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats motivant leur présence sans



pouvoir participer au vote. La présence des experts est annoncée préalablement et fait l'objet d'un accord du président.

Le président du CTE, en sa qualité de chef d'établissement, peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes (art 6144-71 du CSP).

Lorsque l'ordre du jour du comité comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité.

4.2.2 - Programmation

Les dates du CTE sont établies pour l'année en décembre de l'année précédente et transmises avec le reste de l'agenda social. Les dates des instances sont positionnées de préférence en-dehors des périodes de congé scolaire, afin de favoriser l'octroi d'autorisation d'absence aux membres. Dès la connaissance des dates, la direction des ressources humaines envoie une convocation et un coupon-réponse permettant de déterminer si le quorum est atteint.

4.2.3 - Ordre du jour

L'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du CTE dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Seules les questions relevant d'une urgence impérieuse pourront faire l'objet d'un ajout.

L'ordre du jour est arrêté et communiqué au plus tard 2 semaines avant la date de la réunion. Lors de son élaboration, les organisations syndicales précisent les questions qu'elles souhaitent voir abordées en priorité et demandent leur inscription en début de séance. Ces demandes sont examinées par le Président lorsqu'il arrête l'ordre du jour.

Il est réservé, en fin de séance, un temps consacré à l'examen des questions demandées par chacune des organisations syndicales. Celles-ci présentent un caractère informatif et ne peuvent donner lieu à un vote. Les questions des organisations syndicales en rapport avec des questions inscrites à l'ordre du jour peuvent être abordées directement à la suite de celles-ci.

Si, en raison de la longueur des débats, des questions ne peuvent être abordées, elles sont renvoyées à la prochaine séance. Si, de toute évidence, l'ordre du jour ne peut être totalement épousé



lors de la séance, le choix des questions devant être obligatoirement examinées appartient au président, après consultation des membres de l'instance.

4.3 - Avis - Vœux

Le CTE ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative est présente lors de l'ouverture de la réunion, soit 5 membres.

Si ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 8 jours. Le CTE peut alors siéger valablement, sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents.

Le CTE émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. Toutes les questions inscrites à l'ordre du jour au titre de la consultation font l'objet d'un vote.

Le vote est effectué à main levée, sauf s'il est demandé expressément un vote à bulletin secret par un ou plusieurs des membres. Le président ne prend pas part au vote.

En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à 8 jours et supérieur à 30 jours. La convocation est adressée dans un délai de 8 jours aux membres du comité. Le CTE siège alors valablement quel que soit le nombre de membres présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure.

Il peut être demandé par le président ou le secrétaire une suspension de séance ou un report de vote, pour pouvoir consulter les membres de l'instance.

Les avis du CTE concernant les modifications des conditions de travail et de l'organisation de travail des agents au sein de l'établissement relevant du champ de compétences du CHSCT ne sont données qu'une fois l'avis du CHSCT recueilli.

4.4 - Avis et suites données aux avis et vœux

Les avis et le procès-verbal sont établis à l'issue de chacune des séances.



Chaque avis comporte les décisions pour chacun des points inscrits à l'ordre du jour. Il est établi par la secrétaire de la DRH dans un délai de 15 jours. Il est signé conjointement par le président et le secrétaire du CTE.

Le procès-verbal retrace les discussions le plus fidèlement possible et mentionne les résultats des votes des membres du CTE. Il fait systématiquement état des interventions des experts. Le procès-verbal peut renvoyer aux documents présentés en séance. Il est signé par le président et le secrétaire du CTE et transmis dans un délai de 30 jours aux membres de l'instance. Il est soumis à approbation lors de la séance suivante.

Si des modifications sont sollicitées lors de l'approbation du procès-verbal, celles-ci sont prises en compte dans le procès-verbal de la séance du jour et devront être intégrées au procès-verbal concerné.

Les avis ou les vœux émis par le Comité technique d'établissement sont portés par le président à la connaissance du Conseil de surveillance.

Les avis sont affichés sur les panneaux des vestiaires et du restaurant du personnel par la Direction des Ressources Humaines. Il est envoyé à tout le personnel encadrant afin qu'il procède à l'affichage dans les services. Les avis sont déposés, en format dématérialisé au dossier G\DRH-CTE.

4.5 - Communication des documents

Les pièces nécessaires à l'accomplissement des fonctions des membres du CTE devront leur être communiquées au plus tard 15 jours avant la date de la séance, par courrier interne à raison d'un exemplaire par section syndicale. L'ensemble des documents de la séance seront disponibles sur le dossier informatique G\DRH\CTE dans les mêmes délais. Le Procès-verbal, l'Ordre du jour, les diaporamas présentés en séance et les avis seront déposés dans ce même dossier.

Article 5. Dispositions générales

5.1 - Discréction professionnelle

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du CTE sont tenues à l'obligation de discréction professionnelle : les pièces et documents dont elles ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux ne peuvent être diffusés en-dehors de l'instance.

5.2 - Crédation de sous-commissions permanentes

Le CTE peut décider de la création de sous-commissions permanentes pour l'examen de points particuliers. Le compte-rendu des travaux de ces sous-commissions est présenté en séance et joint au procès-verbal.



A ce titre, une sous-commission de la formation continue est constituée pour l'examen de la politique de formation de l'établissement.

5.3 - Autorisations d'absences

Toutes facilités doivent être données aux membres du CTE pour exercer leurs fonctions. Sur présentation de leur convocation, les représentants syndicaux se voient accorder une autorisation d'absence pour siéger au CTE.

La durée des autorisations d'absence comprend, outre les délais de route, une durée de temps égale au double de la durée prévisible de la séance (inscrite sur la convocation), destinée à permettre aux intéressés d'assurer la préparation et le compte-rendu des travaux.

Les dates, heures et la durée de la séance sont portées à la connaissance du cadre ou du chef de service par l'envoi de l'avis de la séance.

5.4 - Temps de récupération

Le temps de réunion est porté à la connaissance du cadre ou du chef de service par l'envoi de l'avis qui indique le temps de début et de fin de la réunion.

La récupération du temps est égale au double de la durée prévisible de la séance.

5.5 - Temps de formation

Conformément à l'article D6144-81 du code de la Santé Publique, un congé de formation est attribué aux nouveaux représentants titulaires et aux suppléants du personnel d'une durée maximum de 5 jours par mandat.

Article 6. Acceptation et validation du présent Règlement Intérieur

Document établi et modifié après avis du CTE du 28 février 2019

Fait à Saumur le 27 mars 2019



 Centre Hospitalier de Saumur	Document d'engagement Règlement intérieur de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico techniques	Référence : DS-CSIRM-EN-001
Direction des soins		Date de diffusion : 20/12/2018

La version informatique fait foi.

Objectif & Domaine d'application Cette instruction décrit le règlement intérieur de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques :

- ↳ Ses modalités de mise en place
- ↳ Sa composition
- ↳ Ses attributions

Responsabilités Le Directeur du Centre Hospitalier de Saumur,
Le Directeur des Soins, Coordonnateur Générale des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Description - méthodologie

Article 1^{er}

Dénomination

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques du Centre Hospitalier de Saumur, dans un souci de simplification, se nomme "**CSIRMT**".

Cette appellation ne remet pas en cause l'appellation officielle de la commission qui reste celle établie par la réglementation.

Article 2

Attributions de la Commission des Soins

La Commission des soins est consultée, pour avis, sur :

- ↳ L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- ↳ La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins ;
- ↳ La politique de développement professionnel continu ;



- ↳ Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- ↳ La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques liées aux soins ;
- ↳ Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le Coordonnateur Général des Soins.

La Commission des soins est informée sur :

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

Article 3

Composition

3.1. - Présidence

La Commission des Soins est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques nommé par le directeur de l'établissement. Il est membre de droit de la Commission des Soins et participe aux votes.

3.2. - Membres élus

La Commission des Soins est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

Le nombre de membres titulaires de la Commission des Soins Infirmiers, du Centre Hospitalier de Saumur est fixé à **24**.

Les corps, grades ou emplois hiérarchiquement équivalents des personnels de la commission sont répartis en trois groupes ainsi qu'il suit :

1°- Collège des cadres de santé (représenté dans la proportion de trois huitièmes)

Le nombre de membres titulaires du "**Collège des cadres de santé**" est fixé à **9** :

dont **8** cadres de santé de la filière infirmière
et **1** cadre de santé de la filière médico-technique.



Le Centre Hospitalier de Saumur ne compte actuellement aucun cadre de santé de la filière de rééducation.

2° - Collège des Personnels Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (représenté dans la proportion de quatre huitièmes)

Le nombre de membres titulaires du "**Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques**" est fixé à **12** :

dont **8** du collège des personnels infirmiers,
2 du collège des personnels de rééducation,
2 du collège des personnels médico-techniques.

3° - **Collège des aides-soignants (représenté dans la proportion de un huitième)**

Le nombre de membres titulaires du "**Collège des aides-soignants**" est fixé à **3** (aide-soignant et auxiliaire de puériculture).

Le nombre de sièges attribués au sein des deux premiers groupes a été calculé au prorata des effectifs des personnels de chaque collège, à la date d'affichage des listes électorales. Ces effectifs seraient interrogés à chaque élection, si l'évolution des effectifs par collège entraînait une modification du nombre de représentants au sein des groupes.

Le nombre de sièges attribués au sein des deux premiers groupes est calculé selon la méthode suivante

Nombre de membre ETP d'un collège d'une filière

Ensemble des membres ETP du groupe

Le résultat exprime le pourcentage de représentation d'un collège au sein d'un groupe. Chaque collège doit, cependant, disposer au minimum d'un représentant.

3.3. - Membres désignés

Participant avec voix consultative aux séances de la Commission des Soins :

- ↳ Le directeur des soins qui assiste le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- ↳ Le directeur des soins chargé de l'institut de formation et école paramédicale rattaché à l'établissement ;



- ↳ Un représentant des étudiants Infirmiers de troisième année désigné par le directeur de l'institut de formation paramédicale parmi ceux élus au conseil pédagogique de l'institut rattaché juridiquement à l'établissement ;
- ↳ Un élève aide-soignant désigné par le directeur de l'école, parmi ceux élus au conseil technique de cet organisme, rattaché juridiquement à l'établissement ;
- ↳ Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement.

5.2.3.1 3.4. - Membres qualifiés

Des personnes qualifiées appartenant ou non à d'autres filières professionnelles, médicales ou non médicales peuvent également être associées aux travaux de la Commission des Soins, à l'initiative de son président.

Article 4

Mandat

4.1. - Durée du mandat

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

4.2. - Empêchement et absence du titulaire

En cas d'absence ponctuel, le membre titulaire doit solliciter un membre suppléant de son collège professionnel afin de participer à la séance. Le membre titulaire devra transmettre l'information du nom du membre suppléant qui le remplacera à la Direction des Soins avant la séance.

Dans ce contexte, le membre suppléant qui remplacera le membre titulaire participera au vote.

En cas de démission d'un titulaire, le membre suppléant placé premier sur la liste des suppléants dans le même collège professionnel, le remplacera jusqu'à l'expiration du mandat en cours.

L'absence consécutive à quatre séances de la Commission des Soins expose le titulaire à son éviction définitive de la Commission des Soins et à son remplacement définitif par un suppléant dans les conditions fixées au présent article.

4.3. - Cessation anticipée du titulaire

En cas de cessation anticipée du mandat d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé, pour la durée du mandat en cours, par le suppléant placé premier sur la liste des suppléants au sein du même collège en ce qui concerne les deux premiers groupes



mentionnés à l'article 3.2 du présent règlement ou au sein du groupe des aides-soignants.

Lorsque, au moins sept mois avant le renouvellement général de la Commission des Soins, le dernier suppléant d'un collège d'un des deux premiers groupes mentionnés à l'article 3.2 du présent règlement ou du groupe des aides-soignants est nommé titulaire, il peut être pourvu au remplacement des suppléants de ce collège dans les conditions fixées aux articles 7.1 du présent règlement, sur décision du directeur de l'établissement et avis du coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

4.4. - Secret des délibérations

Toute personne qui assiste aux délibérations de la Commission des Soins est soumise au secret des délibérations.

Article 5

Séances de la Commission des Soins

5.1. - Rythme des séances

La Commission des Soins se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président ou, de droit, à la demande du directeur de l'établissement ou de la moitié au moins des membres de la Commission des Soins. Les séances ne sont pas publiques.

Chaque membre est tenu d'assister aux séances. En cas d'impossibilité de siéger, le membre empêché doit en informer le président de la Commission des Soins.

5.2. - Ordre du jour

L'ordre du jour est fixé par le président et expédié aux membres de la Commission des Soins au moins 15 jours avant la date de séance. Le secrétariat des séances est assuré par le secrétariat de la direction des soins.

Tout membre de la Commission des Soins peut demander par courriel, et dans un délai supérieur à 15 jours, l'inscription d'une ou plusieurs questions à l'ordre du jour de la Commission des Soins. Le président statue en dernier ressort sur l'opportunité de l'inscription effective à l'ordre du jour.

5.3. - Vote



L'avis de la Commission des Soins est valablement émis lorsque la moitié, au moins, des membres élus sont présents. Si le quorum ne devait pas être atteint, une seconde séance est convoquée à huit jours d'intervalle. L'avis de la Commission des Soins est alors valablement émis, quel que soit le nombre des membres titulaires présents.

5.4. - Procès verbal

Chaque séance fait l'objet d'un procès verbal adressé par le président au directeur de l'établissement, aux membres de la Commission des Soins dans un délai de quinze jours.

Les procès verbaux seront consultables par tous les professionnels de l'établissement sous :
G : / Espace Public Direction des Soins / CSIRMT Saumur et CSIRMT du GHT 49 / CSIRMT de Saumur

Article 6

Bureau

La Commission des Soins désigne en son sein un bureau composé, outre du président de la Commission des Soins, de trois membres élus à la première séance de la mandature.

En outre, le bureau est composé de trois membres de droit que sont le membre de la Commission des Soins représentant au Conseil de surveillance, le membre de la Commission des Soins représentant à la Commission Médicale d'Etablissement et le directeur des soins adjoint, qui assiste le coordonnateur général des soins.

Chaque groupe devra être représenté par au moins un membre.

Les séances du bureau précèdent les séances de la Commission des Soins et celles du Conseil d'Administration.

Le rôle du bureau peut être de :

- ↳ Préparer l'ordre du jour de la réunion ;
- ↳ Préparer les séances des Instances où siège le représentant de la Commission des Soins. ;
- ↳ Examiner les questions proposées ;



- ↳ Préparer la représentation de la Commission des Soins en Commission Médicale d'Etablissement et en Conseil de surveillance.

Les réunions du bureau ont pour objectif essentiel de maintenir opérationnelles les différentes représentations de la Commission des Soins en dehors des séances plénières de la Commission des soins.

Article 7

Représentants désignés

7.1. - Conseil de Surveillance

En application de l'article R. 6146-11 du Code de la Santé Publique, un membre de la Commission des Soins, de Rééducation et médico-techniques est membre du Conseil de surveillance, dans le collège des personnels.

Il est désigné par la Commission des soins (il est élu par la Commission des Soins au scrutin majoritaire à un tour. En cas d'égalité de suffrage, le plus âgé est retenu).

Le représentant siège avec voix **délibérative**.

7.2. - Commission Des Usagers (C.D.U)

En application du décret du 1^{er} juin 2016 relatif à la CDU du Code de la Santé Publique, le représentant et son suppléant de la Commission des Soins à la Commission Des Usagers sont désignés par la Commission des Soins parmi les membres autres que le président et siègent avec voix **délibérative**.

Article 8

Modalités de scrutin

8.1. - Modalités de scrutin

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier de Saumur fixe les modalités de scrutin, notamment les conditions de vote par correspondance.

8.2. - Organisation des élections



Les élections prévues à l'article R. 6146-13 sont organisées par le directeur général du Centre Hospitalier de Saumur.

Les électeurs sont convoqués à une date fixée par le directeur général sur proposition du coordonnateur général des soins.

8.3. - Publication des listes

Six semaines au moins avant la date fixée, le directeur général publie la liste des électeurs et des éligibles, ainsi que le nombre de sièges à pourvoir dans les différents collèges. Pendant 15 jours, après la date de l'affichage, les électeurs et les éligibles peuvent présenter des réclamations sur les listes établies (erreurs ou omissions). Le directeur général, en cas de contestation, statue sans délai.

A l'expiration de ce délai, le directeur clôture les listes.

8.4. - Déclarations de candidature

Les déclarations de candidature, dûment signées, comportent l'indication des noms, prénoms, groupe, collège au titre desquels se présentent les intéressés. Elles sont adressées ou remises, sous couvert du directeur des soins, au directeur général 15 jours au moins avant la date du scrutin, le cachet de la poste ou le récépissé de dépôt à la direction faisant foi.

Aucune candidature ne peut être déposée ou retirée après la date limite prévue à l'alinéa précédent.

Si, dans un collège, aucune candidature ne s'exprimait, ce collège ne serait pas représenté.

Le directeur général arrête la liste des candidats par collège.

8.5. - Modalités de vote et validité du scrutin

Les bulletins de vote et les enveloppes sont mis à la disposition des électeurs par la direction de l'établissement. Il est établi un bulletin de vote par collège contenant la liste de tous les candidats.

Le vote par correspondance est accepté. Le directeur tient un registre des votes par correspondance.

L'électeur ne doit désigner, sur son bulletin de vote, que le nombre de candidats correspondant au nombre de membres à élire, incluant le nombre des titulaires et suppléants.



Par ailleurs, l'électeur peut, sur son bulletin de vote, rayer le nom des candidats qu'il ne souhaite pas élire.

Dans tous les cas, il place son bulletin de vote dans l'enveloppe prévue à cet effet.

Le bulletin de vote, ainsi que l'enveloppe, ne doivent pas comporter de signe distinctif. Les électeurs votant par correspondance doivent insérer l'enveloppe de vote dans une enveloppe cachetée mentionnant leur identité, leur collège, ainsi que l'unité où ils travaillent. Cette enveloppe est adressée par voie postale ou remise au directeur général. Elle doit parvenir au bureau de vote avant l'heure de clôture du scrutin.

Les enveloppes qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'alinéa précédent, les enveloppes parvenues en plusieurs exemplaires sous le nom d'un même électeur, celles comprenant plusieurs enveloppes intérieures, ainsi que celles émanant d'électeurs ayant pris part au vote sur place, ne sont pas prises en compte pour le scrutin.

Le dépouillement aura lieu sur le site où se situe le siège social du Centre Hospitalier de Saumur, en présence du directeur général ou de son représentant, du coordonnateur général des soins et d'un candidat de chaque groupe disponible et tiré au sort.

Les bulletins restent valables, même s'ils comportent moins de noms que de membres à élire.

Sont considérés comme nuls les bulletins blancs, les bulletins ou enveloppes comportant des signes de reconnaissance, le nom de personnes ne figurant pas sur la liste des candidats (du bulletin de vote), les bulletins comportant plus de noms que de sièges de titulaires ouverts au scrutin.

Les élections ont lieu au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

Sont déclarés élus dans un collège, les candidats en qualité de titulaires puis de suppléants, dans l'ordre décroissant des voix obtenues.

Si plusieurs candidats ont obtenu un nombre égal de voix leur permettant de prétendre à un siège de titulaire comme de suppléant et qu'il s'avère nécessaire de les départager, le plus âgé sera désigné.

L'ordre décroissant des candidats, élus comme suppléants, sera publié au procès verbal. Il permettra, ultérieurement, de désigner le membre suppléant placé premier sur la liste des suppléants, dans le cas de la nécessité de remplacer le titulaire.



8.6. - Procès verbal

Le procès verbal des opérations électorales est établi par le directeur général et affiché immédiatement pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur général avant l'expiration de ce délai.

A l'issue de ce délai, le directeur proclame les résultats de ce scrutin.

8.7. - Electeurs

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction au moment du scrutin.

8.8. - Electeurs éligibles

Sont éligibles tous les électeurs.

Les membres sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés à l'article 1 du règlement intérieur de l'établissement.

La liste des électeurs est établie par collège.

8.9. - Sièges des suppléants

Le nombre de sièges de suppléants par collège est égal à celui des membres titulaires à chaque fois que cela est possible du point de vue des effectifs sur un plan quantitatif. La désignation des titulaires et des suppléants ne donne pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

Article 9

Rapport annuel

Un compte rendu annuel de l'activité de la Commission des Soins, établi par le président, est inséré dans le rapport d'activité annuel de la direction des soins, et adressé au directeur de l'établissement.



Article 10

Publication des travaux

La Commission des Soins inscrit ses travaux dans la démarche qualité et dans le cadre du projet d'établissement du Centre Hospitalier de Saumur.

II. Lien vers d'autres documents

Code de la Santé publique, articles L. 6146-9, L. 6146-11

Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé.

III. Les signataires

Rédacteur(s) : Christine CHAMPION, Directrice des Soins, Coordinatrice Générale des Soins et des Instituts de Formation de Saumur
Sylvie CHEVET DOUCET, F.F. Directrice des Soins, Directrice de l'IFSI / IFAS de Saumur

Vérificateur(s) : Christine CHAMPION, Directrice des Soins, Coordinatrice Générale des Soins et des Instituts de Formation de Saumur

Approbateur(s) : Jean-Paul QUILLET, Directeur Général du Centre Hospitalier de Saumur



 CLUD	Instruction <h2>Règlement Intérieur du CLUD</h2>	Référence : UD-QUALI-I-001 Date de diffusion : 18/03/2019
--	--	--

Contexte réglementaire

- Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé – mai 2002.
- Guide d'orientation « *Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé* » octobre 2002.
- Programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.
- Circulaire DHOS/E2 n° 266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002/2005 dans les établissements de santé.
- Circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
- Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur (CLUD) dans les établissements publics et privés. – juin 1998.
- **Article L.1110-5 du code de la santé publique** (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002) relative aux droit des malades et à la qualité du système de santé) : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... ».
- **Article L.1112-4 du code de la santé publique** (modifié par la Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs) : « les établissements de santé publics ou privés, et les établissements sociaux et médico-sociaux, mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes malades qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité ou la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement mentionné à l'article L.6134-2. Pour les établissements de santé privés, ces moyens sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens mentionnés aux articles L.6114-1, L.6114-2 et L.6114-3. Les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent passer convention entre eux pour assurer ces missions. Les obligations prévues pour les établissements mentionnés au présent article s'appliquent notamment lorsqu'ils accueillent des mineurs, des majeurs protégés par la loi ou des personnes âgées ».

Article 1. Dénomination

Il est institué au sein du Centre hospitalier de SAUMUR, une instance dénommée "**CLUD**", Comité de lutte contre la douleur du centre Hospitalier de Saumur.

Article 2. Présidence

La Présidence sera assurée par deux Co-présidents : un représentant médical et un représentant paramédical.

Ils seront élus par le CLUD parmi ses membres.

La durée du mandat est de 4 ans et est renouvelable tacitement.

Ils fixent les dates de réunions ainsi que les ordres du jour.

Ils préparent le rapport annuel et le programme d'actions.

Ils permettent au CLUD d'assurer ses missions.

Ils veillent à l'harmonisation des actions engagées à l'initiative du CLUD.

Ils représentent le CLUD dans toutes les instances où celui-ci est amené à participer.

Ils veillent à ce que les différentes fonctions soignantes soient représentées ainsi que les différents secteurs d'activités de l'hôpital.



Article 3. Composition**A. Modalités de désignation des membres****Les membres de droit**

- Le Directeur de l'établissement (ou son représentant),
- Le Président du CME (ou son représentant),
- Le Directeur du Service des Soins (ou son représentant),
- Le Directeur de la Qualité et des Droits du Malade (ou son représentant),
- Le Pharmacien (ou son représentant),
- Un représentant de l'Unité Mobile d'Accompagnement (médecin ou infirmière).

Les membres volontaires ou désignés parmi le personnel médical et paramédical et représentant l'ensemble des fonctions soignantes de l'établissement :

- Des médecins (gériatre, pédiatre, anesthésiste, urgentiste...),
- Des professionnels des soins infirmiers (correspondants de pôle et correspondant aide-soignant),
- L'infirmière ressource douleur,
- L'infirmière de l'équipe mobile de soins palliatifs,
- Un représentant de l'équipe mobile gériatrique,

Les Présidents des instances, responsables de directions ou de structures membres de droit désignent chacun en leur sein un ou des membre(s) de droit ou leur(s) représentant(s). Les autres membres sont désignés par tirage au sort parmi les volontaires et/ou désignés au sein des différents secteurs et fonctions de l'hôpital.

Les correspondants-douleur :

Les correspondants-douleur sont les représentants du CLUD à l'échelle des services ou du pôle.

Ce sont le plus souvent un infirmier (spécialisé ou non) et un aide-soignant par service de soins.

Leurs missions sont définies dans leur fiche de mission.

Ce peut être un psychologue, un brancardier, un manipulateur radio, un kinésithérapeute, une sage-femme...

La liste des membres du CLUD est mise à jour régulièrement par les cadres de santé lors de changement de correspondant douleur soignant représentant les services et par un des co-Présidents lors d'un changement de membre du groupe de pilotage.

Cette liste est accessible à tous les agents sur G : DOULEUR/ CLUD/Composition du CLUD.

En cas de vacance de poste, le CLUD envoie un courrier à la CME ou à la DSI signalant les postes à pourvoir.

Les représentants des services de soins ou des pôles seront nommés par la Direction des Soins sur proposition des cadres des services et cadres supérieurs de pôle.

Les représentants des médecins et des kinésithérapeutes seront nommés par la CME sur proposition des chefs de service et chef de pôle.



Le poste sera proposé au soignant lors d'un entretien avec sa hiérarchie.

Durée du mandat

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

Lorsqu'un membre perd la qualité pour laquelle il a été admis au sein du CLUD, son mandat est interrompu. Les dispositions pour son remplacement seront initiées dès la réunion suivante.

Toute démission doit être adressée par courrier au président.

Sur proposition d'un des Présidents, un courrier sera adressé à un membre absent lors de trois Réunions CLUD consécutives si celui-ci n'a pas adressé de pouvoir de représentation ou de notification spécifique (maladie, raison de service...).

Membres invités

Des personnes qualifiées, appartenant ou non à l'établissement, peuvent être associées aux travaux du CLUD, sur l'initiative d'un des Coprésidents ou du directeur de l'établissement en fonction des thèmes abordés.

Article 4. Droits et Obligations des membres

Toute personne qui assiste aux réunions du CLUD est soumise au secret des délibérations.

Article 5. Règles de fonctionnement

Commission restreinte

Les travaux du CLUD ne requièrent pas la totalité de ses membres à chaque réunion.

C'est pourquoi chaque composition de réunion sera adaptée aux sujets traités. Les représentants des services (soignants et médicaux) concernés recevront une convocation.

Composition de ce groupe :

- Un au moins des co-présidents
- Le représentant de la pharmacie
- Les représentants médicaux et non-médicaux nécessaires à l'actualité.
- Les personnes invitées.
- La secrétaire de séance.

Commission plénière

Elle est composée de la commission restreinte complétée par tous les correspondants-douleur (surnommés).

Mais aussi des représentants des usagers,

A. Nombre de réunions

Le CLUD se réunit autant de fois qu'il est nécessaire pour exercer ses attributions.



Le CLUD se réunit au moins trois fois par an sur convocation des Co-présidents, à la demande du directeur de l'établissement ou de la moitié au moins des membres du CLUD. Les séances ne sont pas publiques.

Chaque membre est tenu d'assister aux séances. En cas d'impossibilité de siéger, le membre empêché doit en informer le président du CLUD.

Le CLUD se réunit une fois par an, en séance plénière pour exposer le bilan de toutes ses actions. Tous les correspondants douleur, les cadres de santé et chefs de service de tous les services ainsi que le membre représentant l'équipe de Direction y sont conviés.

De même que :

- Les formateurs en charge de l'enseignement de la douleur et le directeur de l'IFSI,
- Les cadres supérieurs des hôpitaux de Longué et de Montreuil-Bellay ;
- La chargée de communication.

B. Ordre du jour

L'ordre du jour est fixé par les co-présidents et expédié aux membres du CLUD au moins 15 jours avant la date de la séance.

Tout membre du CLUD peut demander par courrier, et dans un délai supérieur à 15 jours, l'inscription d'une ou plusieurs questions à l'ordre du jour du CLUD.

C. Secrétariat

Le secrétariat est assuré par la secrétaire du président médical de l'instance. Elle se charge de la réservation de la salle, des invitations, de la diffusion de l'ordre du jour, de la rédaction et diffusion du compte-rendu.

D. Compte-rendu

Chaque séance fait l'objet d'un compte-rendu, mis à disposition des personnels et des administratifs sur G : DOULEUR/Institutionnel/CLUD.

E. Quorum

La présence d'un des deux co-Présidents est requise.

Lorsque les thèmes abordés en CLUD n'entraînent pas de vote ou de prise de position particulière, le CLUD peut décider de maintenir la réunion plénière en l'absence du quorum.

Article 6. Compétences et Missions



- Dresser un état des lieux et proposer les orientations les mieux adaptées à l'établissement, pour améliorer la prise en charge de la douleur.
- Coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quels qu'en soient le type, aigu ou chronique, l'origine, maligne ou non, et le contexte (âges extrêmes de la vie, handicap, maladies mentales, situation de grande précarité, phase terminale de la vie, urgences, douleurs provoquées par les gestes invasifs...).
- Veiller à la rédaction des protocoles, à leur validation, à leur diffusion en relation avec le Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à leur bonne application.
- Evaluer la qualité de la prise en charge de la douleur.
- Promouvoir et participer à l'évaluation des pratiques dans le domaine de la douleur.
- Participer aux actions de formation dans le domaine de la douleur.
- Valider les programmes de formation continue des personnels du Centre Hospitalier qui ont trait à la douleur.
- Participer à l'analyse des incidents relatifs à la prise en charge de la douleur, susceptibles de survenir au sein de l'établissement.
- Participer à l'information des patients et aux enquêtes de satisfaction.
- Assurer la communication professionnelle en direction des partenaires extérieurs (médecins, soignants, patients et réseaux de soins).

Article 7. Rapport annuel d'activité

Le CLUD établit un bilan annuel des actions engagées et informe des résultats des actions entreprises lors de sa séance plénière.

Un compte rendu annuel de l'activité du CLUD, établi par les présidents est adressé au directeur de l'établissement et à la CME.



 Centre Hospitalier de Saumur	Document d'engagement Comité des Vigilances, des RISques et de la Qualité COVIRISQ Règlement intérieur	Référence : SQ-ORGGE-EN-004 Date de diffusion : 10/03/2020
---	---	---

Contexte réglementaire

- ✓ Article 6111-2 du code de la santé publique (article 1 de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires) « Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités ».
- ✓ Circulaire DHOS/E2/E4 n°176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.
- ✓ décret 2010-439 du 30 avril 2010 : Le président de la commission médicale est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- ✓ Décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 concernant la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de soins. Ce décret est accompagné de la circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 portant sur :
- la gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins
 - le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
 - le programme d'actions pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
 - l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)
 - la formation des professionnels de l'établissement et sécurité des soins
 - la coopération entre établissements de santé
- ✓ le guide de la HAS est paru, en lien avec le décret 2010-1408 et la circulaire 2011-416 "Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé".
- ✓ Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé
- ✓ Référentiel de sécurité sanitaire : les textes applicables aux établissements de santé en matière de sécurité sanitaire. Édition n°6 - mai 2009.

Article 1. Présidence

La présidence est assurée par le Directeur(trice) adjoint(e) chargé(e) de la qualité et gestion des risques et la vice-présidence par l'ingénieur qualité et gestion des risques.

Article 2. Composition

Le COVIRISQ est composé des membres suivants :

- Le Directeur de l'établissement
- Le président de la CME
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- Le Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse (RSMQPECM)
- Le praticien hygiéniste



- Le praticien référent EPP
- Le directeur(trice) adjoint(e) chargé(e) de la qualité et gestion des risques, l'ingénieur, les technicien(ne) et la secrétaire qualité et gestion des risques
- Le coordonnateur(trice) général(e) des soins
- Les correspondants des vigilances
- Les chefs de pôle
- Les cadres supérieurs de santé de pôle
- Les représentants des usagers lors de la présentation du bilan annuel

Le COVIRISQ pourra consulter des experts ayant une compétence particulière sur un sujet à traiter et/ou relevant de leur spécialité et pourra selon l'ordre du jour inviter les dits experts à participer à la réunion.

Le mandat des membres prend fin en même temps que les fonctions au titre desquelles ils ont été désignés. Les membres cessant leurs fonctions sont remplacés par leur successeur.

Article 3. Droits et Obligations des membres

Les membres du COVIRISQ. sont tenus à la confidentialité (échanges au cours des réunions et documents reçus).

Article 4. Modalités de fonctionnement

Le COVIRISQ se réunit quatre fois par an minimum, sur invitation de son président. Il peut être également convoqué à l'initiative d'un de ses membres en cas de nécessité.

L'ordre du jour est établit sur proposition des membres. Il est envoyé 8 jours avant la réunion sauf urgence avec les documents s'y rapportant.

Le secrétariat est assuré par le service qualité ;

La présence des membres est validée par un émargement :

Les membres ou personnes invitées et qui, pour une raison quelconque, ne peuvent assister à une réunion du COVIRISQ sont tenus d'en informer à l'avance de Président.

Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu.

Les représentants des usagers sont invités à *minima* à la réunion de présentation du bilan annuel

Article 5. Compétences et Missions

Les missions du COVIRISQ sont :

- ✓ Définir la politique et le programme qualité et gestion des risques et les propose à la CME ;
- ✓ Définir les articulations entre la politique qualité et la gestion par pôles et les différentes politiques de prévention des risques, la politique EPP, le plan annuel d'audit, le plan annuel de formation qualité, la politique de communication qualité ;
- ✓ Etablir la politique de communication, d'information et de formation sur la qualité et la gestion des risques ;



- ✓ Assurer la coordination entre les différents domaines de risques dont les vigilances et les différentes démarches qualité mises en œuvre au sein de l'établissement (certification COFRAC du laboratoire, démarche qualité en imagerie, démarche qualité en restauration) ;
- ✓ Assure l'organisation et le suivi des démarches d'évaluation externes de la qualité : certification, évaluation interne/externe des EHPAD ;
- ✓ Assurer la coordination entre le GHT 49 et le Centre Hospitalier concernant le projet qualité et gestion des risques et la certification ;
- ✓ Réaliser les revues des signalements d'événements indésirables sur la base d'un bilan trimestriel présenté par le technicien gestionnaire des risques et proposer des actions d'amélioration sur les risques critiques;
- ✓ Valider les rapports d'analyse d'événement indésirable grave et les plans d'action associés sur présentation du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;
- ✓ Valider les projets d'évaluation et leurs planification sur présentation du technicien(ne) qualité chargé(e) des EPP ;
- ✓ Etablir des recommandations en termes d'évaluation, de procédures et d'organisation de la démarche qualité et gestion des risques ;
- ✓ Valider les procédures et documents concernant la qualité, la coordination des vigilances et la gestion des risques ;
- ✓ Assure le suivi des indicateurs qualité et sécurité des soins nationaux et détermine des actions d'amélioration si nécessaire ;
- ✓ Valider le PAQ institutionnel.

Article 6. Bilan annuel – programme

Un bilan annuel qualité et gestion des risques accompagné d'un programme annuel réalisé par le service qualité – gestion des risques est présenté pour validation au COVIRISQ. Il intègre les bilans des vigilances, du signalement d'événement indésirable, du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, de la CDU et du CLIN.

Ce bilan annuel sera présenté également pour validation à la CME et pour information à l'ensemble des instances de l'établissement, notamment la CSIRMT.

Article 7. Révision et modification du règlement intérieur

Le présent règlement est révisé tous les 3 ans ou à tout moment sur proposition d'un de ses membres ou en cas de modification de la réglementation ayant un impact sur le règlement.



 Centre Hospitalier de Saumur	Document d'engagement Charte de sécurité pour l'accès et l'usage du système d'information dans le respect de la confidentialité des données de santé du Centre hospitalier de Saumur	Référence : SI-ESECUR-CH-001 Date de diffusion : 18/07/2018
---	---	--

OBJET DU DOCUMENT

La présente Charte a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet du Centre Hospitalier de Saumur et rappelle à ses utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information.

Elle pose des règles permettant d'assurer la sécurité et la performance du système d'information de l'établissement, de préserver la confidentialité des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs, conformément à la Politique de Sécurité du Système d'Information définie par l'établissement.

Cette Charte a été validée par la Direction Générale de l'établissement. Préalablement, elle a été notifiée à sa mise en œuvre au Directoire, au Comité Technique d'Etablissement, au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail et à la Commission Médicale d'Etablissement.

Elle constitue une annexe au Règlement Intérieur de l'établissement.

Les membres du personnel et les personnels extérieurs sont invités à en prendre connaissance. La Charte est mise à leur disposition sur l'Intranet et dans la gestion électronique de documents qualité. Elle est également affichée dans les locaux de l'établissement de santé.

CHAMP D'APPLICATION

La présente Charte concerne les ressources informatiques, les services internet et téléphoniques du Centre Hospitalier de Saumur, ainsi que tout autre moyen de connexion à distance permettant d'accéder, via le réseau informatique, aux services de communication ou de traitement électronique interne ou externe.

Il s'agit principalement des matériels suivants :

- Ordinateurs de bureau,
- Ordinateurs portables,
- Tablettes,



- Terminaux portables (PDA, ...),
- Imprimantes simples ou multifonctions,
- Mopieurs (contraction de "mailer" et de "photocopieur"). Nom donné aux nouvelles machines faisant désormais office à la fois de photocopieur, de scanner, de fax, de plateforme d'envoi d'emails et d'imprimante,
- Smartphones,
- Serveurs,
- Téléphone,
- Fax.

Cette Charte s'applique à l'ensemble du personnel de l'établissement de santé utilisant les moyens informatiques de l'établissement, tous statuts confondus, et concerne notamment :

- les agents permanents,
- les agents temporaires : stagiaires, internes, doctorants, ... ,
- les intervenants extérieurs : prestataires, fournisseurs, sous-traitants, ... ,
- les personnes pour lesquelles il est possible d'accéder au système d'information à distance directement ou à partir du réseau administré par l'établissement

Dans la présente Charte, sont désignés sous les termes suivants :

- **Ressources informatiques** : les moyens informatiques, ainsi que ceux auxquels il est possible d'accéder à distance, directement ou en cascade à partir du réseau administré par l'entité,
- **Outils de communication** : la mise à disposition par des serveurs locaux ou distants de moyens d'échanges et d'informations diverses (web, messagerie, forum, ...),
- **Utilisateurs** : les personnes ayant accès ou utilisant les ressources informatiques et les services internet de l'établissement.

CADRE REGLEMENTAIRE

Le cadre réglementaire de la sécurité de l'information est complexe, il convient de respecter notamment les textes suivants :

- la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,
- le Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique,
- le code de la santé publique, et notamment :
- l'article L1110-4 relatif au secret médical, au partage des données médicales entre professionnels de santé et à l'obtention frauduleuse de données de santé,
- l'article L1111-8 relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel,
- le code pénal,
- le code civil,
- le code des postes et des communications électroniques,
- le code de la propriété intellectuelle.

La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information tient compte de la réglementation sur la sécurité de l'information en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs.



- CRITERES FONDAMENTAUX DE LA SECURITE

PRINCIPES

L'établissement de santé abrite des données personnelles qui concernent :

- des informations médicales et administratives sur les patients (dossier médical, dossier de soins, dossier images et autres dossiers médico-techniques, ...),
- ses salariés (paie, gestion du temps, évaluations, accès à Internet et à la messagerie, ...).

L'information se présente sous de multiples formes :

- stockée sous forme numérique sur des supports informatiques,
- imprimée ou écrite sur papier,
- imprimée sur des films (images),
- transmise par des réseaux informatiques privés ou internet, par la poste, oralement et/ou par téléphone

La **sécurité de l'information** est caractérisée comme étant la préservation de :

- **Sa disponibilité** : l'information doit être accessible à l'utilisateur, quand celui-ci en a besoin,
- **Son intégrité** : l'information doit être exacte, exhaustive et conservée intacte pendant sa durée de vie,
- **Sa confidentialité** : l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées à y accéder,
- **Sa traçabilité** : les systèmes doivent comporter des moyens de preuve sur les accès et opérations effectuées sur l'information.

UNE MISSION SECURITE

Le service informatique de l'établissement fournit un système d'information qui s'appuie sur une infrastructure informatique.

Ce service doit assurer la mise en sécurité de l'ensemble c'est-à-dire protéger ces ressources contre des pannes, des erreurs ou des malveillances.

Il doit aussi protéger les intérêts économiques de l'établissement en s'assurant que ces moyens sont bien au service de la production de soins.

Il doit donc définir et empêcher les abus.

UN ENJEU TECHNIQUE ET ORGANISATIONNEL

Les enjeux majeurs de la sécurité sont la qualité et la continuité des soins, ainsi que le respect du cadre juridique sur l'usage des données personnelles de santé.



Pour cela, le service informatique déploie un ensemble de dispositifs techniques mais aussi organisationnels. En effet, au-delà des outils, la bonne utilisation des moyens informatiques est essentielle pour garantir un bon niveau de sécurité.

La sécurité peut-être assimilée à une chaîne dont la solidité dépend du maillon le plus faible. **Certains comportements humains, par ignorance des risques, peuvent fragiliser le système d'information.**

UNE GESTION DES RISQUES

L'information médicale, qu'elle soit numérique ou non, est un composant sensible qui intervient dans tous les processus de prise en charge des patients.

Une information manquante, altérée ou indisponible peut constituer une perte de chance pour le patient (exemples : erreur dans l'identification d'un patient (homonymie par exemple), perte de données suite à une erreur d'utilisation d'une application informatique, ...).

La sécurité repose sur une gestion des risques avec des analyses des risques potentiels, des suivis d'incidents, des dispositifs d'alertes.

La communication vers les utilisateurs est un volet important de cette gestion. La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information s'inscrit dans ce plan de communication.

Un extrait de cette charte est remis à l'utilisateur pour signature lors de son arrivée dans l'établissement.

REGLES DE SECURITE

L'accès au système d'information de l'établissement est soumis à autorisation. Une demande préalable écrite (fiche de demande d'habilitation) est ainsi requise pour l'attribution d'un accès aux ressources informatiques, aux services Internet et de télécommunication.

Le responsable de service ou son délégué nommé précise les applications cibles et les accès nécessaires pour la personne qui arrive dans son service. Si la demande est exprimée par l'utilisateur lui-même, elle est validée par ce délégué. Ce document est envoyé au service informatique de l'établissement.

Le service informatique, en accord avec les responsables des différentes applications, attribue alors au demandeur son droit d'accès et lui rappelle l'existence de la Charte d'accès et d'usage du système d'information accessible sur l'Intranet. Ce droit d'accès est strictement personnel et concédé à l'utilisateur pour des activités exclusivement professionnelles. Il ne peut être cédé, même temporairement à un tiers.



Tout droit prend fin lors de la cession, même provisoire, de l'activité professionnelle de l'utilisateur, ou en cas de non-respect des dispositions de la présente Charte par l'utilisateur.

L'obtention d'un droit d'accès au système d'information de l'établissement de santé entraîne pour l'utilisateur les droits, les obligations et les responsabilités précisés dans les paragraphes ci-dessous.

CONFIDENTIALITE DE L'INFORMATION ET OBLIGATION DE DISCRETION

Les personnels de l'établissement sont soumis au secret professionnel et/ou médical. Cette obligation revêt une importance toute particulière lorsqu'il s'agit de données de santé. Les personnels se doivent de faire preuve d'une discréction absolue dans l'exercice de leur mission. Un comportement exemplaire est exigé dans toute communication, orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée, et ce quel que soit le lieu d'échange.

Notamment, concernant les réseaux sociaux, il ne peut y avoir aucun échange de photos, de vidéos (1), de commentaires sur les patients, les agents, les services, le CH de Saumur dans le cadre de son image et de sa réputation, dans le cadre professionnel et privé. Le secret médical et le secret professionnel ne doivent pas être enfreints sur les réseaux sociaux.

(1) :Il est interdit de prendre des photos et des vidéos au sein de l'établissement sans autorisation préalable de la Direction Générale.

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques doit être limité à ceux qui leur sont propres, ainsi que ceux publics ou partagés. Il est ainsi interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, même si ceux-ci ne les ont pas explicitement protégées. Cette règle s'applique en particulier aux données couvertes par le secret professionnel, ainsi qu'aux conversations privées de type courrier électroniques dont l'utilisateur n'est ni directement destinataire, ni en copie.

L'accès aux données de santé à caractère personnel des patients par des professionnels habilités se fait avec une authentification nominative par code utilisateur et mot de passe. Il n'y a pas d'utilisation de compte générique dans les applications métiers impliquées dans le parcours de soins du patient

Même si, pour des raisons organisationnelles (personnel mobile, services transversaux, ...), l'accès de chaque utilisateur n'est pas limité aux seules informations auxquelles il est légalement autorisé, il est de sa responsabilité et de son devoir de ne consulter que celles-ci, c'est-à-dire :

- pour les médecins, dans le cadre du secret médical partagé, les données des seuls patients pour lesquels ils participent à la prise en charge diagnostique et thérapeutique,



- pour les équipes travaillant sous la responsabilité du médecin qui prend en charge le patient, aux seules informations nécessaires à leurs missions,
- pour tous les autres utilisateurs, aux seules informations nécessaires et autorisées dans le cadre de leurs fonctions.

L'accès à des données de santé à caractère personnel par les professionnels de santé extérieurs à l'établissement est autorisé à la condition que celles-ci soient anonymisées et que cette pratique ait été préalablement autorisée par la Direction Générale ainsi que le médecin responsable du Service d'Information Médicale.

L'utilisateur doit assurer la confidentialité des données qu'il détient. En particulier, il ne doit pas diffuser à des tiers, ni au moyen d'une messagerie non sécurisée ni de quelque autre moyen, des informations nominatives et/ou confidentielles couvertes par le secret professionnel.

PROTECTION DE L'INFORMATION

Les postes de travail permettent d'accéder aux applications du système d'information, d'élaborer des documents bureautiques, ... Le contenu des disques durs locaux de ces postes de travail n'est pas sauvegardé, notamment le répertoire local « Téléchargements » est vidé automatiquement à chaque fermeture de session.

Il est donc important de n'y stocker aucune donnée ni aucun document professionnels.

Les bases de données associées aux applications sont implantées sur des serveurs centraux installés dans des salles protégées. De la même façon, les documents bureautiques produits doivent être stockés sur des serveurs de fichiers : pour ce faire chaque utilisateur bénéficie d'un espace personnel (U:\) et d'espaces partagés (sousmis à droits d'accès) sur le lecteur réseau G:\ permettant les échanges de documents professionnels en interne, **ces espaces sont à usage professionnel uniquement.**

Chaque utilisateur doit s'assurer que tous les documents et informations qu'il détient et qui sont nécessaires à la continuité de service sont stockés dans un espace partagé par toutes les personnes en ayant besoin, ceci est d'autant plus important en cas d'absence ou de départ de l'utilisateur.

Aucune donnée (de santé ou non) à caractère personnel des patients ne doit être stockée sur des postes ou périphériques personnels.

Les écrans des postes de travail doivent être orientés de telle sorte que les personnes non autorisées ne puissent pas lire ce qu'ils affichent. Les possibilités de visibilité depuis l'arrière de l'utilisateur (fenêtres, cloisons transparentes,...) doivent être prises en compte.



Ces règles s'appliquent également aux postes nomades (ordinateurs portables, tablettes, ...) autorisés à accéder à des données sensibles.

Les ordinateurs portables doivent être attachés à un point fixe ou lourd (bureau) en l'absence de leur utilisateur. Il doit être pris soin de choisir un point d'accroche fiable, duquel l'attache ne peut être retirée simplement. A défaut, ils doivent être systématiquement rangés dans des locaux réservés aux professionnels de santé (p. ex. dans le poste infirmier) en l'absence de leur utilisateur.

De même, il faut ranger systématiquement en lieu sûr tout support mobile de données (exemples : CD, disquette, clé USB, disque dur, ...). Il faut également mettre sous clé tout dossier ou document confidentiel lorsqu'on quitte son espace de travail.

Le cas échéant, ceux qui utilisent un matériel portable (exemples : PC, tablette, smartphone, ...) ne doivent pas le mettre en évidence pendant un déplacement, ni exposer son contenu à la vue d'un voisin de train, ..., le matériel doit être rangé en lieu sûr.

Les supports de stockage amovibles (exemples : clés USB, CD-ROM, disques durs, ...) présentent des risques très forts vis-à-vis de la sécurité : risques importants de contamination par des programmes malveillants (virus), risques de perte ou de vol de données, ... Leur usage doit être fait avec une très grande vigilance.

L'usage de supports de stockage amovibles personnels n'est pas autorisé.

L'usage de supports de stockage amovibles est autorisé lorsque l'utilisateur a besoin d'emmener des documents à l'extérieur, p. ex. pour une présentation, à la stricte condition qu'ils ne contiennent aucune donnée (de santé ou non) à caractère personnel des patients. Dans ce cas, l'utilisateur doit se rapprocher du service informatique afin qu'une clé USB à usage professionnel lui soit attribuée. Quelques règles de bon usage sont alors à respecter :

- Ne pas laisser sa clé sans surveillance, ni branchée à son ordinateur en son absence,
- Toujours déconnecter sa clé avant de la débrancher,
- Utiliser des mots de passe pour y accéder,
- Prévenir le service informatique en cas de perte ou vol de clé USB contenant des informations de l'établissement.

L'établissement se réserve le droit de limiter voire d'empêcher l'utilisation de ces médias en bloquant les ports de connexion des outils informatiques.

En intra-établissement, l'utilisateur ne doit pas transmettre de fichiers sensibles à une personne qui lui est inconnue, même s'il s'agit d'une adresse électronique interne à l'établissement.

De façon générale, tout nouvel usage amenant à transmettre des informations vers l'extérieur du CH doit être préalablement autorisé par la Direction Générale de l'établissement.



En fonction du type d'appareil utilisé, des mesures de protection contre les accès non autorisés à l'appareil et son contenu doivent être mises en œuvre. Elles sont décrites ci-dessous :

Actions à mettre en œuvre sur les appareils	PC fixe	PC Portable	Tablette	Smartphone
Mettre un code PIN sur carte SIM	X		X	X
Utiliser un mot de passe complexe pour la connexion (6 à 8 caractères avec chiffres+ majuscules+minuscules, sans lien avec l'utilisateur lui-même)		X	X	
Activer un code de déverrouillage ou activer une mise en veille avec mot de passe sur un délai court d'inactivité (15 mns)	X	X	X	X
Ne pas stocker de données professionnelles sur les disques locaux	X	X	X	
Signaler immédiatement la perte ou le vol au service informatique du Centre Hospitalier de Saumur	X	X	X	X
Ne pas divulguer ses codes de connexions et d'activation des appareils	X	X	X	X

USAGE DES RESSOURCES INFORMATIQUES

Seuls les membres du service informatique de l'établissement (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté) ont le droit d'installer de nouveaux logiciels, de connecter de nouveaux PC au réseau de l'établissement et plus globalement d'installer de nouveaux matériels informatiques.

L'utilisateur s'engage à ne pas modifier la configuration des ressources (matériels, réseaux, ...) mises à sa disposition, sans avoir reçu l'accord préalable et l'aide des membres du service informatique de l'établissement (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté).

Les logiciels commerciaux acquis par l'établissement ne doivent pas faire l'objet de copies de sauvegarde par l'utilisateur, ces dernières ne pouvant être effectuées que par les membres du service informatique de l'établissement.



USAGE DES OUTILS DE COMMUNICATION

Les outils de communication tels que le téléphone, le fax, Internet ou la messagerie sont destinés à un usage exclusivement professionnel. L'usage à titre personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est toléré à condition qu'il soit très occasionnel et raisonnable, qu'il soit conforme à la législation en vigueur et qu'il ne puisse pas porter atteinte à l'image de marque de l'établissement de santé. Il ne doit en aucun cas être porté à la vue des patients ou de visiteurs et accompagnants.

Usage du téléphone et du fax

Le téléphone et le fax sont des moyens potentiels d'échanges de données qui présentent des risques puisque l'identité de l'interlocuteur qui répond au téléphone ou de celui qui réceptionne un fax n'est pas garantie.

Ainsi, il ne faut communiquer aucune information sensible ni par téléphone ni par fax, notamment des informations nominatives, médicales ou non, ainsi que des informations ayant trait au fonctionnement interne de l'établissement. Exceptionnellement, une communication d'information médicale peut être faite après avoir vérifié l'identité de l'interlocuteur téléphonique. Si un doute subsiste, le numéro de téléphone de l'interlocuteur indiqué doit être vérifié, le cas échéant, dans les annuaires de patients ou professionnels.

La communication d'informations médicales (exemples : résultats d'examens, ...) aux patients et aux professionnels extérieurs est strictement réglementée. Les utilisateurs concernés doivent se conformer à la réglementation et aux procédures de l'établissement en vigueur.

Usage d'Internet

L'accès à l'Internet a pour objectif d'aider les personnels à trouver des informations nécessaires à leur mission usuelle, ou dans le cadre de projets spécifiques.

Il est rappelé aux utilisateurs que, lorsqu'ils « naviguent » sur l'Internet, leur identifiant est enregistré. Il conviendra donc d'être particulièrement vigilant lors de l'utilisation de l'Internet à ne pas mettre en danger l'image ou les intérêts de l'établissement de santé.

Par ailleurs, les données concernant l'utilisateur (exemples : sites consultés, messages échangés, données fournies à travers un formulaire, données collectées à l'insu de l'utilisateur, ...) peuvent être enregistrées par des tiers, analysées et utilisées à des fins notamment commerciales. Il est donc recommandé à chaque utilisateur de ne pas fournir son adresse électronique professionnelle, ni



aucune coordonnée professionnelle sur l'Internet, si ce n'est strictement nécessaire à la conduite de son activité professionnelle.

Il est interdit de se connecter ou de tenter de se connecter à Internet par des moyens autres que ceux fournis par l'établissement. Il est interdit de participer à des forums, blogs, réseaux sociaux et groupes de discussion à des fins non professionnelles, et de se connecter sur des sites à caractère injurieux, violent, raciste, discriminatoire, pornographique, diffamatoire ou manifestement contraire à l'ordre public.

Tous les accès Internet sont tracés, enregistrés et conservés par un dispositif de filtrage et de traçabilité. Il est donc possible pour l'établissement de connaître, pour chaque salarié, le détail de son activité sur l'Internet.

Ce contrôle des accès aux sites visités permet de filtrer les sites jugés indésirables, notamment des sites dangereux pour la sécurité du réseau. Il permet de détecter, de bloquer et/ou de signaler les accès abusifs (en matière de débits, volumes, durées), ou les accès à des sites illicites et/ou interdits.

Usage de la messagerie

L'usage de la messagerie est autorisé à l'ensemble du personnel. La messagerie permet de faciliter les échanges entre les professionnels de l'établissement.

Les utilisateurs doivent garder à l'esprit que leurs messages électroniques peuvent être stockés, réutilisés, exploités à des fins auxquelles ils n'auraient pas pensé en les rédigeant, constituer une preuve ou un commencement de preuve par écrit ou valoir offre ou acceptation de manière à former un contrat entre l'établissement de santé et son interlocuteur, même en l'absence de contrat signé de façon manuscrite.

Un usage privé de la messagerie est toléré s'il reste exceptionnel. Les messages personnels doivent comporter explicitement la mention « privé » dans l'objet. A défaut, les messages seront réputés relever de la correspondance professionnelle. Les messages marqués «privé» ne doivent pas comporter de signature d'ordre professionnel à l'intérieur du message.

L'usage des listes de diffusion doit être strictement professionnel.

Il est strictement interdit d'utiliser la messagerie pour des messages d'ordre commercial ou publicitaire, du prosélytisme, du harcèlement, des messages insultants ou de dénigrement, des textes ou des images provocants et/ou illicites, ou pour propager des opinions personnelles qui pourraient



engager la responsabilité de l'établissement ou de porter atteinte à son image. Les utilisateurs sont tenus par leurs clauses de confidentialité et de loyauté contractuelles dans le contenu des informations qu'ils transmettent par email.

Afin de ne pas surcharger les serveurs de messagerie, les utilisateurs doivent veiller à éviter l'envoi de pièces jointes volumineuses, notamment lorsque le message comporte plusieurs destinataires. Seules les pièces jointes professionnelles de type « documents » ou « images » sont autorisées. Il est rappelé que le réseau Internet n'est pas un moyen de transport sécurisé. Il ne doit donc pas servir à l'échange d'informations médicales nominatives en clair. En l'absence de dispositif de chiffrement de l'information de bout en bout, les informations médicales doivent être rendues anonymes.

Il est strictement interdit d'ouvrir ou de lire des messages électroniques d'un autre utilisateur, sauf si ce dernier a donné son autorisation explicite.

La mise en place de règles automatiques de re-routage des messages vers d'autres Boîtes aux Lettres, internes ou externes (Internet), est interdite. Leurs mises en œuvre doivent faire l'objet d'une demande auprès du service informatique de l'établissement qui jugera de l'opportunité. Le cas échéant, elle doit faire l'objet d'une vigilance toute particulière en termes de portée et de risque à diffuser à son insu des données confidentielles ou illicites. Ces mécanismes peuvent également être à l'origine de la saturation des ressources de communication en cas de défaut entraînant un bouclage des messages.

USAGE DES LOGIN ET MOTS DE PASSE (OU CARTES CPS OU EQUIVALENT)

Chaque utilisateur dispose de compte nominatif lui permettant d'accéder aux applications et aux systèmes informatiques de l'établissement. Ce compte est personnel. Il est strictement interdit d'usurper une identité en utilisant ou en tentant d'utiliser le compte d'un autre utilisateur ou en agissant de façon anonyme dans le système d'information.

Pour utiliser ce compte nominatif, l'utilisateur dispose d'un login et d'un mot de passe, ou utilise une carte CPS ou équivalent (avec un code personnel à 4 chiffres).

Le mot de passe choisi doit être robuste : il doit comporter de 6 à 8 caractères et mélanger des caractères de type différent (majuscules, minuscules, chiffres). Il doit être simple à mémoriser, mais surtout complexe à deviner : il ne doit pas être en lien avec l'utilisateur lui-même (ne pas comporter le nom, la date de naissance, ...). De plus, il doit être changé régulièrement.



La politique de gestion du mot de passe est propre à chaque application métier. Le mot de passe est strictement confidentiel. Il ne doit pas être communiqué à qui que ce soit : ni à des collègues, ni à sa hiérarchie, ni au personnel en charge de la sécurité des systèmes d'information, même pour une situation temporaire. **Le mot de passe ne doit être écrit sur aucun support** (ni papier, ni informatique, ...) et l'utilisateur ne doit pas configurer les logiciels pour qu'ils retiennent les mots de passe : le mot de passe doit être saisi à chaque nouvelle authentification.

Chaque utilisateur est responsable de son compte et son mot de passe, et de l'usage qui en est fait. Il ne doit ainsi pas mettre à la disposition de tiers non autorisés un accès aux systèmes et aux réseaux de l'établissement dont il a l'usage. La plupart des systèmes informatiques et des applications de l'établissement assurent une traçabilité complète des accès et des opérations réalisées à partir des comptes sur les applications médicales et médico-techniques, les applications administratives, le réseau, la messagerie, l'Internet, ...

Il est ainsi possible pour l'établissement de vérifier *a posteriori* l'identité de l'utilisateur ayant accédé ou tenté d'accéder à une application au moyen du compte utilisé pour cet accès ou cette tentative d'accès.

C'est pourquoi il est important que l'utilisateur veille à ce que personne ne puisse se connecter avec son propre compte. Pour cela, sur un poste dédié, il convient de fermer ou verrouiller sa session dès qu'on s'absente de son poste. Il est impératif de fermer sa session systématiquement avant de quitter son lieu de travail.

Il est interdit de contourner ou de tenter de contourner les restrictions d'accès aux logiciels. Ceux-ci doivent être utilisés conformément aux principes d'utilisation communiqués lors de formations ou dans les manuels et procédures remis aux utilisateurs.

L'utilisateur s'engage enfin à signaler toute tentative de violation de son compte personnel.

IMAGE DE MARQUE DE L'ETABLISSEMENT

Les utilisateurs de moyens informatiques ne doivent pas nuire à l'image de marque de l'établissement en utilisant des moyens, que ce soit en interne ou en externe, à travers des communications d'informations à l'extérieur de l'établissement ou du fait de leurs accès à Internet.



- INFORMATIQUE ET LIBERTES

Toute création ou modification de fichier comportant des données nominatives ou indirectement nominatives doit, préalablement à sa mise en œuvre, être déclarée auprès du Référent de la Sécurité du Système d'Information (rSSI), qui étudie alors la pertinence des données recueillies, la finalité du fichier, les durées de conservation prévues, les destinataires des données, le moyen d'information des personnes fichées et les mesures de sécurité à déployer pour protéger les données. Le rSSI procède ensuite aux opérations de déclaration et d'information réglementaires.

Il est rappelé que l'absence de déclaration de fichiers comportant des données à caractère personnel est passible de sanctions financières et de peines d'emprisonnement.

En cas de non-respect des obligations relatives à la loi Informatique et Libertés, le rSSI serait informé et pourrait prendre toute mesure temporaire de nature à mettre fin au traitement illégal ainsi qu'informer le responsable hiérarchique de l'utilisateur à l'origine du traitement illégal.

- SURVEILLANCE DU SYSTEME D'INFORMATION

CONTROLE

Pour des nécessités de maintenance et de gestion, l'utilisation des ressources matérielles ou logicielles, les échanges via le réseau, ainsi que les rapports des télécommunications peuvent être analysés et contrôlés dans le respect de la législation applicable, et notamment de la loi Informatique et Libertés.

TRAÇABILITE

Le Service Informatique assure une traçabilité sur l'ensemble des accès aux applications et aux ressources informatiques qu'il met à disposition pour des raisons d'exigence réglementaire de traçabilité, de prévention contre les attaques et de contrôle du bon usage des applications et des ressources.

Par conséquent, les applications de l'établissement, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent des dispositifs de traçabilité.

Notamment, pour les applications contenant des données médicales, les éléments de traçabilité concernent toutes les connexions à ces applications :

- l'identifiant de l'utilisateur se connectant,
- l'horodatage de la connexion.



De plus, une fonctionnalité de traçabilité intégrée dans le Dossier Patient Informatisé permet de suivre tous les accès des utilisateurs aux différentes données des patients.

Le personnel du service informatique respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles il est amené à accéder dans l'exercice de sa fonction, mais peut être amené à les utiliser, en situation d'urgence ou sur la demande de la direction générale, pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

Par ailleurs, une cellule de surveillance des usages déviants est mise en place au sein de l'établissement. Elle a pour mission de contrôler les accès non autorisés aux données de santé à caractère personnel, à partir de l'analyse des données de traces.

ALERTES

Tout constat de vol de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, de réception de messages interdits, de fonctionnement anormal ou de façon plus générale toute suspicion d'atteinte à la sécurité ou manquement substantiel à cette charte doit être signalé par tout moyen et dans les plus brefs délais au service informatique et/ou au référent de la Sécurité du Système d'Information.

La sécurité de l'information met en jeu des moyens techniques, organisationnels et humains. Chaque utilisateur de l'information se doit d'avoir une attitude vigilante et responsable afin que les patients bénéficient d'une prise en charge sécurisée et que leur vie privée ainsi que celle des personnels soient respectées.

RESPONSABILITES ET SANCTIONS

Les règles définies dans la présente Charte ont été fixées par la Direction Générale de l'établissement de santé dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables (CNIL, ASIP Santé, ...).

L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé aux règles d'accès et d'usage des ressources informatiques et des services internet décrites dans la Charte.

En cas de manquement aux règles de la présente Charte, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions pouvant être :



- Un rappel ou un avertissement accompagné ou non d'un retrait partiel ou total, temporaire ou définitif, des moyens informatiques,
- Un licenciement et éventuellement des actions civiles ou pénales, selon la gravité du manquement.

Outre ces sanctions, la Direction du Centre Hospitalier de Saumur est tenu de signaler toutes infractions pénales commises par son personnel au procureur de la République.

Saumur, le 05/04/2018

Le Directeur Général
du CH de Saumur

Jean-Paul QUILLET



 Centre Hospitalier de Saumur Chambre Mortuaire	Document d'engagement Réglement intérieur de la chambre mortuaire	Référence : CM-ORGAN-EN-001 Date de diffusion : 31/08/2020
--	--	---

Contexte réglementaire

Décret n° 7-1039 du 14 novembre 1997 portant application de l'article L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales et relatif aux chambres mortuaires des établissements de santé

Article 1. Présentation du service

Chambre mortuaire du centre hospitalier de Saumur
Pôle Gériatrie
Bâtiment C, Niveau 3, 1^{er} étage
Accueil des personnes décédées au centre hospitalier, à l'EHPAD Gilles de Tyr, à la Résidence Antoine Cristal et à l'unité d'hospitalisation du Vigneau et de leur famille.

Article 2. Valeurs du service

Les valeurs fondamentales de la chambre mortuaire sont :

Respect
Ecoute
Disponibilité
Accueil
Accompagnement des personnes endeuillées du mieux possible dans l'étape difficile qu'ils traversent.

Article 3. Compétences et responsabilités

B. Droits du Centre Hospitalier

- a. Appliquer le règlement.
- b. Expulser en cas de troubles à l'intérieur de la chambre mortuaire avec l'aide éventuelle de la Police.
- c. Modifier le fonctionnement de la chambre mortuaire en fonction de l'évolution de la réglementation et des moyens dont il dispose.
- d. Informer les familles que les salons ne sont pas réservés à leur seul défunt.
- e. Fixer le tarif des redevances d'occupation de locaux hospitaliers de la chambre mortuaire pour la réalisation des actes de thanatopraxie et de toilettes rituelles des corps.

C. Obligations du Centre Hospitalier

- a. Recevoir les corps des personnes décédées du centre hospitalier, de l'EHPAD Gilles de Tyr, de la Résidence Antoine Cristal et de l'unité d'hospitalisation du Vigneau dans le respect du libre choix des familles
- b. Remettre un livret d'information aux familles
 - i. Informant du libre choix des organismes habilités à fournir les prestations du service extérieur des pompes funèbres et des chambres funéraires habilitées.
 - ii. Expliquant le fonctionnement de la chambre mortuaire.



- c. Informer lesdits organismes habilités, les services de soins du centre hospitalier, de l'EHPAD Gilles de Tyr, de la Résidence Antoine Cristal et de l'unité d'hospitalisation du Vigneau:
 - i. Du fonctionnement de la chambre mortuaire
 - ii. De ses évolutions
- d. Assurer la gratuité du dépôt et du séjour du défunt pendant les 3 premiers jours suivant le décès, la journée supplémentaire est facturée à compter du 4^{ème} jour.

Article 4. Organisation et fonctionnement

A. Droits des Familles

- a. Libre choix des sociétés de pompes funèbres. Mise à disposition des moyens pour exercer ce choix :
 - Les listes complétées et mises à jour par la préfecture de Maine et Loire, des organismes habilités à fournir les prestations du service extérieur des pompes funèbres ainsi que les chambres funéraires habilitées.

B. Obligations des Familles

- a. Silence dans la chambre mortuaire.
- b. Respect des accès et des horaires des visites :
 - Du lundi au samedi inclus : 09h30 – 12h30 et 13h15 – 18h00
 - Dimanches et jours fériés : 13h15 – 18h45
- c. Informer l'agent de la chambre mortuaire des décisions prises.
- d. Opter pour que le corps reste à la chambre mortuaire implique l'acceptation des règles de son fonctionnement.

C. Droits des organismes habilités à fournir les prestations du service extérieur des pompes funèbres

- a. Accès à la chambre mortuaire sur autorisation du Centre Hospitalier, dans les horaires autorisés.
- b. Accès auprès des corps des défunt s'ils sont mandatés par une personne qui à qualité pour pourvoir aux funérailles.

D. Obligations des organismes habilités à fournir les prestations du service extérieur des pompes funèbres

- a. Produire l'habilitation à l'agent de la chambre mortuaire à la demande de ce dernier.
- b. Pas d'enlèvement de corps ni de soins de conservations :
 - Sans un mandat de la personne qui à qualité pour pourvoir aux funérailles.
 - Sans accord de l'agent de la chambre mortuaire.
 - Sans la présence de l'agent de la chambre mortuaire.
 - Sans la déclaration préalable de transport.
- c. Respecter les circuits dans l'enceinte de l'établissement pour l'enlèvement des corps.
- d. Respecter le libre choix des familles.
- e. S'informer auprès de l'agent de la chambre mortuaire de la disponibilité des locaux.
- f. Informer l'agent de la chambre mortuaire des décisions prises.
- g. Accepter le règlement intérieur de la chambre mortuaire.



 Centre Hospitalier de Saumur	Document d'engagement Signalement des événements indésirables CHARTE DE CONFIANCE	Référence : SQ-GERIS-CH-002
		Date de diffusion 24/04/2014

La qualité et la sécurité de nos activités est la préoccupation première et permanente de notre établissement.

Seule la version informatique fait foi.
La prise en charge des patients est marquée par des succès indéniables mais aussi, comme dans tout établissement de santé, par la survenue d'événements indésirables parfois graves, souvent évitables.

Le développement d'un hôpital sûr, inspirant confiance à ses patients, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, des événements pouvant affecter la sécurité des soins et implique une mobilisation générale.

Le souci de l'établissement est d'améliorer la visibilité sur ceux ci afin d'entretenir la conscience des risques liés à notre activité médicale et d'apporter les mesures correctives lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Dans ce cadre, il est de la responsabilité de chaque agent de communiquer spontanément et sans délai toute information sur des événements de cette nature. Un manquement à cette règle peut compromettre l'ensemble de la démarche de prévention conduite par l'établissement.

Attention ! L'impression non générée ;
Signaler un incident est le meilleur moyen pour limiter ses conséquences négatives, étudier les causes de survenue et mettre en place les actions améliorant la sécurité. En cas d'événement touchant un patient, celui-ci doit lui être expliqué, ou à ses proches (cf charte d'annonce d'un dommage lié aux soins).

Pour encourager le signalement des événements indésirables, la direction rappelle et s'engage sur les principes suivants :

- Non punitivité** : L'agent qui aura spontanément et sans délai signalé un événement dans lequel il est impliqué ne fera l'objet d'aucune sanction directe ou indirecte. L'incident, s'il est isolé, sera déconnecté de l'évaluation annuelle de l'agent. Toutefois ce principe ne pourra s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité et de bonnes pratiques de la part de ce professionnel. Cet engagement de l'établissement n'exclut pas une éventuelle mise en cause de l'agent dans le cadre d'une enquête administrative ou judiciaire.

- **Objectivité** : Le signalement repose sur des faits. Il ne s'agit pas de mettre en cause des personnes en tant qu'auteurs de faits ou d'interpréter les faits. La déclaration est nominative afin de permettre de contacter le déclarant aux fins de compléments d'informations et aussi d'éviter toute dérive vers la délation.
- **Anonymat et confidentialité** : Le traitement des informations recueillies s'effectue dans l'anonymat et la confidentialité (aucune donnée nominative ne figure dans les fiches de retour d'expérience ou la base de données de retour d'expérience). Chaque professionnel s'engage à respecter une obligation de discrétion à l'égard des informations portées à sa connaissance dans le cadre de cette démarche. Chaque membre de la cellule de gestion des risques s'engage à ne pas faire état du contenu des déclarations en dehors du cadre de la gestion des risques. Les fiches de retour d'expérience sont la propriété des services qui les réalisent mais ne font pas partie du dossier patient (notamment en cas de demande de consultation du dossier par le patient ou la justice).
- **Expertise** : Les événements indésirables sont analysés par des personnes expertes qui comprennent les circonstances cliniques et les processus de soins concernés et sont formées à la recherche des causes profondes systémiques.

La direction insiste pour que chaque agent, quelle que soit sa fonction, s'implique dans cette logique qui contribue à la recherche permanente du meilleur niveau de sécurité pour les patients accueillis au sein de notre établissement.

Le Directeur du CH

Le Président de CME

Le Directeur des soins





REFERENTIEL DE GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL

Sommaire

FICHE N°1.1 : PRINCIPES GENERAUX	176
1° TEXTES DE REFERENCES	176
2° DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES ET GENERALES.	176
a) Durée annuelle du temps de travail	176
b) Règles relatives à l'organisation du temps de travail.....	177
FICHE N°1.2 : FETES LEGALES OU FERIES.....	183
FICHE N°1.3 : HEURES SUPPLEMENTAIRES.....	185
FICHE N°1.4 : TEMPS PARTIEL	189
FICHE N°1.5 : JOUR DE RECUPERATION (RTT)	192
a) Don de jours de repos par un agent public civil : décret du 28 mai 2015 et décret n°2018-874 du 9 octobre 2018	197
FICHE N°1.6 : COMPTE EPARGNE TEMPS	199
FICHE N°1.7 : CALCUL DES DROITS A CONGES ANNUELS	203
1° SI L'AGENT EST RECRUTE EN COURS D'ANNEE.....	203
2° AGENT CHANGEANT DE QUOTITE EN COURS D'ANNEE.	205
3° AGENT A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE EN COURS D'ANNEE, SUITE A UN CONGE DE LONGUE DUREE.	

FICHE N°2.1 : CONGES ANNUELS	207
1° TEXTE DE REFERENCE	207
2° PRINCIPES GENERAUX	207
a) Ouverture des droits à congés :.....	207
b) Champ d'application :.....	208
3° MODALITES D'ATTRIBUTION DES CONGES ANNUELS	209
a) Période de référence	209
b) Délais de pose des congés annuels	211
c) Pose des congés estivaux	211
d) Procédure	213
e) Cas particuliers	214
f) Congés annuels : personnel de jour	219
g) Congés annuels : personnel à temps partiel	219
h) Congés annuels : personnel de nuit	220
i) Congés supplémentaires exceptionnels	221
j) Congés d'hiver ou congés hors saison (hors période).....	222
k) Congés bonifiés.....	224
l) Congés bloqués.....	226
m) Congés pour participer aux activités des organisations de jeunesse et d'activités populaires.....	227
n) Congés pour accomplir une période d'instruction militaire.....	227

o) Un agent public civil peut donner des jours de repos à un autre agent public parent d'un enfant gravement malade (Décret n° 2015-580 du 28 mai 2015) ou agent qui vient en aide à une personne atteinte d'un perte d'autonomie d'une particulière gravité ou présentant un handicap (décret n°2018-874 du 9 octobre 2018)	228
FICHE N°2.2 : CONGE MALADIE	230
FICHE N°2.3 : CONGE SUITE A UN ACCIDENT DE SERVICE, ACCIDENT DE TRAVAIL, A UNE MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE, OU A UNE MALADIE PROFESSIONNELLE	236
FICHE N°2.4 : CONGE LONGUE MALADIE.....	241
FICHE N°2.5 : CONGE LONGUE DUREE ; TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE..	243
a) Congé longue durée	243
b) Temps partiel thérapeutique.....	247
FICHNE N°2.6 : CONGE MATERNITE.....	248
FICHE N°2.7 : CONGE DE PATERNITE.....	257
FICHE N°2.8 : CONGE PARENTAL.....	259
FICHE N°2.9 : CONGE DE PRESENCE PARENTALE	263
FICHE N°2.10 : CONGE D'ADOPTION	265
FICHE N°2.11 : CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE	267
FICHE N°2.12 : CONGES PEDAGOGIQUES	269
FICHE N°3.1 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR EVENEMENTS FAMILIAUX .	270
FICHE N°3.2 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR ENFANT MALADE.....	277

FICHE N°3.3 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR LES REPRESENTANTS DES PARENTS D'ELEVES	282
FICHE N°3.4 : AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL POUR LA RENTREE SCOLAIRE	284
FICHE N°3.5 : AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL POUR ACCOMPAGNER UN ENFANT A UNE VISITE MEDICALE	
285	
FICHE N°3.6 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR CURE THERMALE	286
FICHE N°3.7 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR LA REMISE DE LA MEDAILLE DU TRAVAIL	288
FICHE N°3.8 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR FÊTES RELIGIEUSES.....	289
FICHE N°3.9 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR LES DONS DU SANG	290
FICHE N°3.10 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR JURY D'ASSISES	290
FICHE N°3.11 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR LES CANDIDATS A UNE FONCTION ELECTIVE	292
FICHE N°3.12 : AUTORISATION D'ABSENCE ET CREDIT D'HEURES POUR L'EXERCICE D'UNE FONCTION ELECTIVE	
294	
FICHE N°3.13 : AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL POUR LA FORMATION DES SAPEURS POMPIERS VOLONTAIRES	296
FICHE N°3.14 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR GROSSESSE	299
FICHE N°3.15 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR EXAMENS DEMANDES PAR LA MEDECINE DU TRAVAIL	302
FICHE N°3.16 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR PARTICIPER A UN JURY D'EXAMENS OU CONCOURS DANS LE CADRE DE LA FORMATION OU PROMOTION PROFESSIONNELLE	303

FICHE N°3.17 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR PARTICIPER A UN JURY DE CONCOURS DE LA FONCTION PUBLIQUE OU EN QUALITE DE MAITRE DE STAGE.....	303
FICHE N°3.18 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR RESERVE MILITAIRE	305
FICHE N°3.19 : AUTORISATION D'ABSENCE DANS LE CADRE D'UNE ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION	
307	
FICHE N°4.1 : ASTREINTES	309
FICHE N°5.1 : SEJOURS THERAPEUTIQUES.....	311
FICHE N°6.1 : PLAN DE FORMATION	313
1° ACTIONS DE PREPARATION AUX CONCOURS ET EXAMENS.....	314
2° ACTIONS D'ADAPTATION	314
3° ETUDES PROMOTIONNELLES	315
4° ACTIONS DE RECONVERSION.....	316
FICHE N°6.2 : ACTIONS DE FORMATIONS CHOISIES PAR LES AGENTS EN VUE DE LEUR FORMATION PROFESSIONNELLE, C.F.P., C.P.F.....	318
FICHE N°6.3 : ABSENCE POUR ACTION DE FORMATION	321
FICHE N°6.4 : COMPTABILISATION DE LA FORMATION CONTINUE DANS LES CALCULS DE LA BALANCE HORAIRE	
322	
FICHE N°6.5 : BILAN DE COMPETENCES.....	324

FICHE N°6.6 : VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE.....	325
FICHE N°6.7 : CONCOURS	327
FICHE N°7.1 : DROIT DE GREVE.....	329
FICHE N°8.1 : DROIT SYNDICAL.....	332
FICHE N°9.1 : DISPONIBILITE.....	342
FICHE N°9.2 : DETACHEMENT	349
FICHE N°9.3 : POSITION HORS CADRES.....	353
FICHE N°9.4 : MISE A DISPOSITION	355
FICHE N°10.1 : PRINCIPES GENERAUX.....	357
1° TEXTES DE REFERENCES	357
2° DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES ET GENERALES.	358
a) Droits et obligations :	358
b) Protection sociale :	358
c) Travail à temps partiel :.....	361
d) Discipline :.....	361
Annexe n°1 Principe d'organisation de la semaine blanche	362
Annexe n° 2 : Charte de mobilité.....	364
Annexe n° 3 : Charte du temps partiel	366

Annexe 4 : Charte de gestion de l'absence non planifiée	368
1.1 Un système de publication interne régulier pour donner de la lisibilité aux agents et permettre l'anticipation	
376	
1.2 Un processus de candidature et de réaffectation fondé sur la règle de la publication	377
1.2.1 Règles de candidature.....	377
1.2.2 Préparation de la candidature.....	378
1.3 Une durée d'affectation sur chaque poste pour favoriser la mobilité.....	379
1.4 Une mobilité tenant compte des difficultés des agents à effectuer leur mobilité et de la pénibilité au travail	
380	
1.5 Entrée dans le dispositif de mobilité – dispositions transitoires.....	381
1.6 Réorganisation et mobilité.....	382
1.7 Dispositif d'accompagnement à la mobilité et au retour au travail des personnels porteurs de handicap, de restrictions d'aptitude ou inaptitudes.....	383
1.7.1 Engagements de l'établissement	384
1.7.2 Engagement de l'agent	388
1.8 Mobilité des agents ayant un métier existant dans un seul service de l'établissement	389
1.9 Réaffectation à la suite d'une mesure disciplinaire	389
ANNEXE 1 : distinction des métiers concernés ou non par la règle de mobilité régulière	390

ANNEXE 2 : Cartographie des filières – charte de la mobilité 392

Chapitre 1. DUREE DE TRAVAIL

5.3 FICHE N°1.1 : PRINCIPES GENERAUX

5.3.1 1° TEXTES DE REFERENCES

Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Protocole national sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière du 14 septembre 2001.
Circulaire DHOS/P1 n°2002-295 du 24 juin 2003.

5.3.2 2° DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES ET GENERALES.

Ces dispositions réglementaires sont applicables à l'ensemble des agents à temps plein et à temps partiel.

6 Durée annuelle du temps de travail

Durée du travail de jour	Fixée à 35 heures par semaine. Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1607 heures maximum , sans les heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées.
--------------------------	--

Agents en repos variable	<p>Sont des agents travaillant au moins 10 dimanches ou jours fériés pendant l'année civile.</p> <p>La durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 582 heures, hors jours de congés supplémentaires. En outre, les agents en repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de 2 jours de repos compensateurs.</p>
Agents travaillant exclusivement de nuit	<p>Sont ceux effectuant au moins 90% de leur temps de travail annuel en travail de nuit.</p> <p>La durée du travail de nuit est fixée à 32h30 par semaine.</p> <p>La durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 476 heures, hors jours de congés supplémentaires.</p>
Agents de jour qui font des nuits ponctuellement	<p>Une nuit est valorisée à 10h46 au lieu de 10h au titre des 32h30 et prise en compte de tous les dimanches et fériés travaillés, de jour comme de nuit, pour attribuer les 2 repos variables.</p>

6.1

7 Règles relatives à l'organisation du temps de travail

	<p>de jour : 35 heures.</p> <p>de nuit : 32h30.</p>
--	---

Durée légale hebdomadaire du travail effectif	
Durée hebdomadaire maximale	45 heures maximum par période de 7 jours. Cf note de service 02.52 du 06/08/2002 Limite pouvant être portée à 48 heures en incluant des heures supplémentaires.
Journée de travail continue	9 heures maximum pour les équipes de jour. 10 heures maximum pour les équipes de nuit. 12 heures maximum pour les sages femmes, les IADE, les conducteurs ambulanciers de SMUR.
Journée de travail discontinue	Amplitude de la journée : 10h30 maximum. La journée ne peut être fractionnée en plus de 2 vacations d'une durée minimum chacune de 3 heures.
Durée de repos ininterrompu entre deux journées de travail	12 heures minimum.

Nombre de jours de repos à respecter	4 jours de repos hebdomadaire par quatorzaine dont 2 au moins consécutifs dont un dimanche.
Durée de repos hebdomadaire minimum	Repos fixé à 36 heures localement à titre exceptionnel après validation du CTE à 34 heures consécutives quand un seul jour RH dans la semaine (Cf note de service 02.52 du 06/08/2002).
Temps de travail effectif	Temps rémunéré pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à ses occupations personnelles.

Cycle de travail	<p>Période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre.</p> <p>Le nombre d'heures de travail composant le cycle peut être irrégulier mais il s'équilibre sur la durée totale du cycle.</p> <p>Les cycles doivent être élaborés sur la base de 35 heures hebdomadaires en moyenne pour le jour.</p> <p>La durée du cycle ne peut excéder 12 semaines.</p>
Planning	<p>Le tableau de service élaboré par le cadre précise pour chaque agent les horaires pour chaque mois.</p> <p>Le planning prévisionnel mensuel est réalisé dans le logiciel de temps de travail avant le 5 du mois précédent.</p> <p>Le tableau de service est porté à la connaissance des agents 15 jours au moins avant son application.</p> <p>Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents dans le service, version datée et signée, et via le logiciel du temps de travail.</p> <p>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 (par écrit, si solution automatique par le logiciel temps de travail) et à une information immédiate et obligatoire des agents concernés par cette modification.</p>
Temps de repas	

	<p>Référence statutaire :</p> <p>Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.</p> <p>Mise en pratique :</p> <p>Le temps de repas est pris en dehors du temps de travail, et pendant une durée minimum de 45 minutes pour les services de soins, médico-techniques, restauration, blanchisserie et une heure concernant les services administratifs et techniques. Ce n'est pas du temps de travail effectif.</p> <p>Pour les agents dont les horaires de travail vont au delà de 14h30, il est souhaitable, pour des raisons de santé, de respecter une pause déjeuner de 45 minutes non à disposition du service.</p> <p>Le temps de repas vise à favoriser la récupération physique et mentale du personnel pour l'exercice de ses fonctions. La non prise de repas pour quelle que raison que ce soit ne peut avoir pour effet de réduire l'amplitude de présence de l'agent dans l'établissement.</p> <p>Pendant le temps de repas, l'agent est libre de se restaurer ou non et de vaquer à ses occupations. Cependant s'il quitte l'enceinte de l'hôpital, il perd le bénéfice d'une couverture en cas d'accident, sauf s'il est établi que cet accident est survenu entre l'hôpital et le domicile.</p>
--	--

Temps de pause	<p>Une pause d'une durée de <u>20 minutes</u> est accordée quand le travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives. Les agents ne sont pas à la disposition du service.</p> <p>Les agents ne sont pas autorisés à fumer en tenue de travail, et sur le lieu de travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le temps de repas du soir est assimilé au temps de pause de 20 mn. Les pauses s'effectuent dans la salle de détente dans des temps raisonnables. <p>Pour tous les autres cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un temps de pause fixé à <u>15 minutes</u> est pris dans le service et doit permettre la continuité du service public (soins, sonnette, téléphone, visites, accueil...). Durant ce temps de pause, les agents ne sont pas autorisés à quitter le service pour aller fumer en dehors de l'Etablissement. Ce temps de pause n'est pas cumulable avec la pause précédente.
Temps d'habillage	Lorsque le port d'une tenue de travail est rendu nécessaire et obligatoire, en raison des consignes et protocoles de sécurité ou d'hygiène, les temps d'habillage et de déshabillage sont inclus dans le temps de travail effectif.

7.1 FICHE N°1.2 : FETES LEGALES OU FERIES

Principes généraux	<p>Les jours de fêtes légales sont fixés annuellement par décret :</p> <p>Jour de l'an Lundi de Pâques 1^{er} mai (Fête du travail) 8 mai (Victoire 1945) Ascension Lundi de Pentecôte (Référence : Note de service N°2005/n°05) 14 juillet (Fête nationale) 15 août (Assomption) 1^{er} novembre (Toussaint) 11 novembre (Victoire 1918) Noël</p>
Mise en pratique	<p>Pour les agents travaillant à repos variable, lorsque le jour férié coïncide avec un jour de repos hebdomadaire, une compensation des jours fériés est accordée.</p>

	<p>Aucune compensation n'est accordée lorsque les repos hebdomadaires interviennent à dates fixes incluant le samedi et le dimanche.</p> <p>Lorsque les repos hebdomadaires interviennent à dates fixes mais ne comprennent pas simultanément le samedi et le dimanche, la compensation est accordée quand le jour férié coïncide avec le jour ouvré.</p> <p>Lorsque un congé maladie ou un congé longue durée inclus un ou plusieurs jours fériés, ceux-ci ne donnent pas lieu à récupération.</p> <p>Les agents à temps partiel ont droit à la compensation des fériés au prorata de leur temps de travail.</p>
--	---

7.2 FICHE N°1.3 : HEURES SUPPLEMENTAIRES

Définition	<p>Lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires.</p> <p>Ce sont des heures effectuées en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail.</p> <p>Toute heure supplémentaire doit revêtir un caractère exceptionnel et faire l'objet d'une validation par le personnel d'encadrement du service. En situation d'absence du cadre, toute réalisation d'un temps supplémentaire fait l'objet d'une demande de validation argumentée par l'agent à son cadre. Ce dernier valide ou non les heures supplémentaires suivant son appréciation. Tout refus de validation par le cadre est motivé et expliqué à l'agent.</p>
Limites	<p>La gestion des heures supplémentaires au Centre Hospitalier de Saumur est définie dans la note de service n°2017/53 du 13 avril 2017.</p> <p>Le contingent d'heures supplémentaires susceptibles d'être réalisées par un agent à temps plein est le suivant et calculé dans le cadre annuel :</p> <p>15 h par mois pouvant être porté à 18 heures pour les IDE spécialisées, Cadres de santé, Sages Femmes, manipulateurs Radiologie, Encadrement Services Techniques et Ouvriers</p>
Proratisation	

	<p>Le nombre d'heures supplémentaires autorisées est calculé au prorata du temps de travail de l'agent :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Quotité de temps de travail</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td><td>15h par mois</td></tr> <tr> <td>80%</td><td>12h par mois</td></tr> <tr> <td>75%</td><td>11h15 par mois</td></tr> <tr> <td>50%</td><td>7h30 par mois</td></tr> </tbody> </table>	Quotité de temps de travail		100%	15h par mois	80%	12h par mois	75%	11h15 par mois	50%	7h30 par mois
Quotité de temps de travail											
100%	15h par mois										
80%	12h par mois										
75%	11h15 par mois										
50%	7h30 par mois										
Récupération	<p>Les heures supplémentaires sont en priorité récupérées dans le trimestre civil de leur réalisation.</p> <p>Elles sont récupérées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - heure par heure, - demi-journée par demi-journée, - jour par jour, sans possibilité de cumul de plusieurs jours sur une semaine, sauf autorisation de la DRH pour des situations exceptionnelles (baisse d'activité, compteur élevé proche de la fin du trimestre civil, situation personnelle d'un agent, etc). <p>Les heures supplémentaires déposées sur les compteurs des agents, non récupérées en fin de trimestre civil seront écrêtées à hauteur de 15 h 00 par agent (soit 2 jours de travail).</p>										

	Les heures non récupérées au 31 décembre ne seront pas payées et ne pourront pas être récupérées sur l'année suivante. L'ensemble des compteurs des agents seront remis à 15 h 00 maximum selon la situation individuelle de l'agent à cette date, comme à chaque fin de trimestre civil.
Indemnisation	<p>A compter du 01.07.2017, les heures supplémentaires seront payées uniquement dans le cadre de dispositifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rappel des agents pour des absences inopinées (nombre d'heures effectuées et prime d'une heure supplémentaire) ; - rappel des agents en situation de tension hospitalière (nombre d'heures effectuées) ou récupération laissée au choix de l'agent ; - groupes de travail institutionnels sur autorisation préalable de la direction ; - paiement des heures ne pouvant être récupérées pour les agents sortants. <p>Les heures supplémentaires sont rémunérées selon la réglementation. La demande doit être faite à l'aide du formulaire de demande de rémunération des heures supplémentaires (Référence RH-GEMVM-E-002) disponible dans le logiciel électronique des documents.</p>
Remarque	Les heures supplémentaires non payées et non récupérées peuvent être versées sur un compte épargne temps, ouvert sur demande écrite par l'agent à l'aide du formulaire RH-SECRE-E-023 disponible dans le logiciel de gestion électronique des documents.

	Les cadres choisissant un décompte de leur temps de travail sur la base d'un forfait temps ne sont pas soumis au régime des heures supplémentaires : ils ne peuvent prétendre à récupérer des heures pour un éventuel dépassement d'horaires.
--	---

7.3 FICHE N°1.4 : TEMPS PARTIEL

Références Statutaires	Décret n° 2004-1063 du 1 ^{er} octobre 2004 relatif au temps partiel dans la fonction publique hospitalière.
Définition	<p>Position d'activité en vertu de laquelle un agent effectue son service sur une quotité de temps de travail inférieure au temps plein.</p> <p>Est considéré comme service à temps partiel, tout service dont la durée hebdomadaire est égale à 50, 60, 70, 75, 80 ou 90% de la durée du service d'un agent à temps plein. Un agent ne peut exercer son activité à moins de 50%.</p>
Bénéficiaires	<p>Peuvent être autorisés à travailler à temps partiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les agents titulaires ou stagiaires : <p>Lorsque l'agent stagiaire est admis au bénéfice de temps partiel, la durée de son stage est augmentée proportionnellement de telle sorte que l'agent effectue au total le même nombre d'heures que celui qui est requis pour un agent stagiaire à temps plein.</p> <ul style="list-style-type: none"> - les agents contractuels, à condition que les intéressés aient été employés depuis plus d'un an à temps complet et de façon continue.
Différenciation : travail à temps partiel / poste permanent à	<p><u>Travail à temps partiel</u> : modalité d'occupation d'un poste permanent à temps complet</p> <p><u>Poste permanent à temps non complet</u> : poste dont la quotité de travail peut être inférieure à 50 %. Les emplois à temps non complets ne peuvent être occupés que par des agents contractuels.</p>

temps non complet	
Temps partiel sur demande	<p>Autorisation donnée par le Directeur qui tient compte de l'avis du cadre. Le cadre donne son avis compte tenu des nécessités de la continuité et du fonctionnement du service et des possibilités d'aménagement de l'organisation du travail.</p> <p>Les agents peuvent solliciter un temps partiel sans avoir à justifier la demande sauf dans le cas d'une demande pour raisons familiales et dans le cas d'un temps partiel demandé pour donner des soins.</p> <p>Le temps partiel est accordé pour une durée de 50, 60, 70, 75, 80, 90% de la durée de service d'un agent à temps plein.</p> <p>L'autorisation est accordée sous réserve des nécessités du service pour une période de 12 mois (sauf exception), avec renouvellement à 2 périodes de l'année, le 1^{er} juin et le 1^{er} décembre, dans la limite de 3 ans (CTE du 20-12-2005). A l'issue de cette période de 3 ans, le renouvellement de l'autorisation de travail à temps partiel doit faire l'objet d'une demande de l'agent et d'une décision expresse de la direction.</p>
Temps partiel de droit	Décret n°2020-467 du 22 avril 2020 relatif aux conditions d'aménagement d'un temps partiel annualisé pour les agents publics à l'occasion de la naissance ou de l'accueil d'un enfant. Ce dispositif s'applique aux agents dont les obligations de service sont déterminées en jours. Il s'agit

	<p>pour l'agent de bénéficier d'une période d'absence supplémentaire sans pour autant voir sa rémunération suspendue. Ce dispositif n'est pas applicable aux agents dont les obligations de service sont fixées en nombre d'heures. Les dispositions sont applicables aux demandes présentées jusqu'au 30 juin 2022.</p> <p>Autorisations accordées de plein droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour raisons familiales : à l'occasion de chaque naissance et ce jusqu'au 3^{ème} anniversaire de l'enfant ou dans un délai de 3 ans après l'arrivée au foyer de l'enfant adopté, les agents peuvent solliciter l'autorisation d'accomplir leur service à 50, 60, 70, ou 80%, - pour les agents reconnus travailleurs handicapés par la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA), - pour donner des soins à un conjoint ou partenaire lié par un PACS, à un enfant à charge ou à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne, ou victime d'un accident ou d'une maladie grave. <p>Toutefois, l'attribution du temps partiel de droit ou sur autorisation n'est pas de droit dans le service d'origine.</p>
Droits	Pour la détermination des droits à avancement, à promotion, à formation, les périodes de travail à temps partiel sont assimilées à des périodes de travail à temps plein.
Rémunération	Elle est réduite au prorata du temps de travail réalisé.

	Pour les agents titulaires et stagiaires qui exercent leurs fonctions à 80% et à 90%, la rémunération représente 6/7 ^{ème} (85,6%) et 32/35 ^{ème} (91,4%) de celle d'un agent à temps plein.
Suspension de la période de temps partiel	L'agent est remplacé dans les droits d'un agent à temps plein pendant la durée du congé de maternité, du congé de paternité ou du congé pour adoption.
Réintégration temps plein	A l'issue de la période à temps partiel, l'agent présentant sa demande de réintégration est admis de plein droit sur son emploi à temps plein ou à défaut sur un autre emploi conforme à son statut. La réintégration est possible avant le terme prévu : - soit sans délai pour motif grave, - soit à la demande de l'intéressé, 2 mois avant la date de réintégration souhaitée.

FICHE N°1.5 : JOUR DE RECUPERATION (RTT)

Références statutaires	<p>Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.</p> <p>Arrêté du 24 avril 2002 relatif aux personnels de la fonction publique hospitalière exerçant des fonctions d'encadrement.</p> <p>Note 2002-81</p>
------------------------	---

	<p>Notes de service N°2005/n°05 et N°2005/n°06</p> <p>Note de service n°2015/40 relative au don de jours de repos par un agent public civil, décret du 28 mai 2015</p>
Définition	Jours de repos supplémentaires accordés lorsque la durée de travail effective de chaque agent est supérieure à 35h hebdomadaires. Ils peuvent se prendre en journée ou demi-journée
Positions ouvrant droit à RTT	<p>Travail effectif,</p> <p>Journées de formation continue (considérées comme du travail effectif), missions,</p> <p>Les absences syndicales autorisées, autorisations spéciales d'absence, décharges syndicales, heure mensuelle d'information syndicale.</p> <p>Les absences à la journée sont valorisées conformément à la journée théorique de chaque agent (7h30 pour un agent de jour à temps plein sur la base de 37h30).</p>
Absences ne donnant pas droit aux jours RTT	<ul style="list-style-type: none"> - Congé de longue maladie et congé de longue durée, - Congé de maladie ordinaire, - Accident du travail et maladie professionnelle. <p>Si l'agent est en congé de maladie ordinaire alors que son planning prévoyait un jour RTT, il conserve le bénéfice de celui-ci.</p> <p>- absences pour raisons familiales (décès, mariage, naissance,...)</p>

Cas particuliers	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Agents à temps partiel thérapeutique</u> : ils effectuent leurs heures sur une base de 35 heures selon les quotités de temps partiel thérapeutiques définies par un médecin agréé. Les quotités sont 50 %, 60 %, 70 % et 80 %. - <u>Etudiants en étude promotionnelle</u> : ils ont une durée hebdomadaire de 35h et n'acquièrent donc pas de jours RTT. - <u>Agents en congés bonifiés</u> : ils conservent leurs droits à jours RTT. 												
Droit à jours RTT en fonction de la durée hebdomadaire	<table border="1" data-bbox="916 738 1664 1092"> <tr> <td>Durée hebdomadaire travaillée</td> <td>37h30</td> <td>37h</td> <td>36h</td> <td>35h30</td> <td>35h</td> </tr> <tr> <td>Nombre de jours ouvrés de RTT</td> <td>14</td> <td>11</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Les agents travaillant sur la base de 35h hebdomadaires, ne bénéficient pas de RTT. Ils perdent donc 1 congé annuel (HP ou Fractionnement) au titre du Jour de solidarité.</p>	Durée hebdomadaire travaillée	37h30	37h	36h	35h30	35h	Nombre de jours ouvrés de RTT	14	11	5	2	0
Durée hebdomadaire travaillée	37h30	37h	36h	35h30	35h								
Nombre de jours ouvrés de RTT	14	11	5	2	0								

Droit pour un jour travaillé		Journée	7h30	7h
		100%	30 mn	0
		80%	24 mn	0
		75%	22 mn 30	0
		50%	15 mn	0
Proratisation des droits théoriques à jours RTT	<p>En cas d'année incomplète, il convient de pondérer les droits à jours RTT à proportion de la durée d'emploi.</p> <p><i>Exemple :</i> pour 8 mois d'activité complète d'un agent à temps plein le droit sera le suivant :</p> <p>Horaire quotidien de 7h30 = 14 jours de RTT</p> <p>Donc, le nombre de jours RTT sera :</p> $14 \text{ jours} * 8 \text{ mois} = 9,34 \text{ jours}$ $\frac{12 \text{ mois}}{100}$ <p>En cas de quotité de temps de travail différente, il convient également de pondérer les droits à jours RTT de l'agent.</p> <p>Exemple : pour un agent à 80% (7h30 par jour) ayant travaillé une année complète, le droit à jour RTT sera :</p> $\frac{14 \text{ jours} * 80}{100} = 11,20 \text{ jours}$			
Régimes particuliers	- Personnel de direction : Il bénéficie de 19 jours de RTT			

- Personnel d'encadrement : les personnels exerçant des fonctions d'encadrement définies par l'arrêté du 24 avril 2002, peuvent choisir annuellement entre :

- un régime de décompte horaire : le nombre de RTT est alors calculé en fonction du temps de travail effectif sur le cycle du travail, sur une base de 37h30 de travail hebdomadaire maximum et 14 jours de RTT par an.

Lorsque les besoins du service l'exigent, le chef d'établissement peut demander aux cadres d'effectuer des heures supplémentaires au-delà des limites prévues dans leur cycle de travail, dans la limite du nombre d'heures prévu par la réglementation. En dehors de cette situation, la réalisation d'heures supplémentaires doit rester exceptionnelle. Dans tous les cas, les heures supplémentaires doivent être relevées et motivées sur le formulaire prévu à cet effet, validées par le n+1 avant d'être transmise à la DRH. Les heures supplémentaires ainsi validées sont récupérées avec l'accord du n+1 recueilli à l'aide du formulaire prévu à cet effet.

- un régime forfaitaire de décompte en jours : l'obligation annuelle de travail est calculée annuellement et est comptabilisées en jours travaillés. Dans ce cas, les cadres bénéficient de 19 jours de réduction du temps de travail et d'une large autonomie dans l'organisation de leur temps de travail. Ils ne sont pas soumis au régime des heures supplémentaires.

Annuellement, un formulaire est mis à disposition des cadres par la DRH afin de recueillir ce choix par écrit et préciser les horaires de travail de référence de chaque cadre.

Sont concernés :

- cadre de santé des filières infirmières, de rééducation et médico-technique
- personnel administratif : attaché d'administration hospitalière, adjoint des cadres hospitaliers

	<ul style="list-style-type: none">- personnel technique : ingénieur, technicien supérieur hospitalier, techniciens hospitaliers, analystes, agent de maîtrise- psychologue- médecin du travail
Mode d'attribution	<p>5 jours RTT sont laissés au libre choix de l'agent, sous réserve des nécessités de service. Les autres jours sont intégrés au planning.</p> <p>Les jours RTT sont attribués en journée ou ½ journée.</p> <p>Ils peuvent être cumulables et accolables aux week-ends, fériés et congés annuels.</p>

Don de jours de repos par un agent public civil : décret du 28 mai 2015 et décret n°2018-874 du 9 octobre 2018

Un agent public civil, peut, sur sa demande, renoncer anonymement et sans contrepartie, à tout ou partie de ses jours de repos non pris, enregistrés ou non sur un compte épargne temps, au bénéfice d'un autre agent public relevant du même employeur, qui assume la charge :

- d'un enfant âgé de moins de 20 ans atteint d'une maladie,
ou
- d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensable une présence soutenue et des soins contraignants ou qui vient en aide à une personne atteinte d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité ou présentant un handicap, lorsque cette personne est, pour le bénéficiaire du don, l'une de celles mentionnées aux 1^o à 9^o de l'article L.3142-16 du code du travail :
 - conjoint,
 - concubin,
 - partenaire lié par un pacte civil de solidarité,
 - ascendant,
 - descendant,
 - enfant à charge,
 - collatéral jusqu'au quatrième degré,
 - ascendant, descendant ou collatéral jusqu'au quatrième degré de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité,
 - personne âgée ou handicapée avec laquelle il réside ou avec laquelle il entretient des liens étroits et stables, à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Objet du don : tout ou partie des jours RTT

Modalités du don : un agent public peut renoncer sur sa demande anonymement et sans contrepartie à tout ou partie de ses jours de repos non pris, affectés ou non sur un compte épargne temps. L'agent signifie par courrier à la DRH sa volonté en précisant le nombre de jours de repos faisant l'objet du don. Le don a un caractère définitif dès lors qu'il a été validé par la DRH.

Bénéficiaire du don : l'agent qui souhaite bénéficier d'un don de jours de repos formule sa demande par écrit à la DRH, accompagnée d'un certificat médical détaillé remis sous pli confidentiel établi par le médecin qui suit l'enfant ou la personne concernée. La DRH dispose d'un délai de 15 jours ouvrables pour informer l'agent bénéficiaire. La durée du congé est plafonnée à 90 jours par enfant et par année civile. Le congé peut être fractionné à la demande du médecin. Le don est fait sous forme de jour entier, quelque soit la quotité de travail de l'agent qui en bénéficie. L'absence du service ne peut excéder 31 jours consécutifs. L'agent bénéficiaire a droit au maintien de sa rémunération, la durée du congé est assimilée à une période de service effectif. Les jours accordés ne peuvent alimenter le CET du bénéficiaire et aucune indemnité ne peut être versée en cas de non utilisation de jours de repos ayant fait l'objet d'un don. Le reliquat des jours donnés non utilisés par le bénéficiaire est restitué à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

FICHE N°1.6 : COMPTE EPARGNE TEMPS

Références statutaires	
------------------------	--

	<p>Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.</p> <p>Décret n°2012-1366 du 06 décembre 2012</p> <p>Arrêté du 06 décembre 2012 pris en application des articles 4 et 8 du décret n°2002-788 du 03 mai 2002</p> <p>Note de service n°2017/61</p> <p>Arrêté du 29/07/2020 relatif au compte épargne temps dans la fonction publique hospitalière</p>
Objectif	<p>Permettre à tout salarié (titulaire, contractuel), ayant un an d'ancienneté dans l'établissement, et à son initiative, de capitaliser, des congés annuels, des heures supplémentaires ou des jours de RTT non pris à l'aide du formulaire référence « RH-SECRE-E-E023 » (mot clé : CET).</p> <p>A titre d'illustration, pour exemple le CET peut permettre au salarié de disposer d'un capital temps afin de réaliser un projet personnel, engager une action de formation de longue durée ou anticiper une fin de carrière.</p>
CET STOCK CET ouvert avant le 31/12/2011	<p>Tout salarié, sauf les agents stagiaires, remplissant la condition d'ancienneté pourra ouvrir un Compte Epargne Temps sur simple demande écrite, adressée à la Direction des Ressources Humaines.</p> <p>Un état individuel du Compte Epargne Temps est tenu et communiqué annuellement au salarié et inscrit sur le bulletin de salaire du mois de janvier de chaque année.</p>

	<p>Si le CET stock au 31 décembre 2011 est inférieur à 20 jours : les jours demeurent obligatoirement épargnés sous forme de congés.</p> <p>Si le CET stock au 31 décembre 2011 est supérieur à 20 jours : les 20 premiers jours demeurent inscrits au CET sous forme de congés.</p> <p>Pour tous les jours inscrits à compter du 21ème jour, l'agent doit opter dans les proportions qu'il souhaite avant le 1^{er} juin 2013 pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise en compte des jours au régime de la Retraite additionnelle de la fonction publique, - l'indemnisation des jours, - le maintien de tout ou partie des jours inscrits sur CET au 31décembre 2011. <p>En cas de cessation de fonction, le solde éventuel est versé à l'agent à la date de la cessation des fonctions.</p> <p>- Absence d'option au 1^{er} juin 2013 :</p> <p>Seuls les 20 premiers jours demeurent sur le CET. A compter du 21ème jour, s'applique uniquement le transfert sur le RAFP ou l'indemnisation.</p> <p>- Le droit d'option est révisable chaque année avant le 1^{er} mars au dessus du seuil de 20 jours.</p>
CET à compter du 01/01/2012 : de nouvelles dispositions sont mises en œuvre et détaillées ci ci	<p>Le CET nouvelle formule peut être alimenté</p> <ul style="list-style-type: none"> - des jours de RTT, - des jours de congés annuels légaux non pris au cours d'une année civile (maximum : 5 jours), - des heures supplémentaires non rémunérées et non récupérées au cours d'une année civile. <p>Pas d'alimentation par le report de congés bonifiés.</p>

dessous Alimentation	
Délai entourant l'usage du CET	<p>Au terme de chaque année civile : A partir du 01/01/2021 le nombre de jours pouvant annuellement être utilisé sous forme de congé est abaissé à 15 jours au lieu de 20 jours auparavant.</p> <ul style="list-style-type: none"> - si le CET au 31 décembre de l'année est inférieur à 15 jours : les jours demeurent obligatoirement épargnés sous forme de congés, - si le CET est supérieur à 20 jours : les 15 premiers jours demeurent inscrits au CET sous forme de congés. Pour tous les jours inscrits à compter du 16ème jour, l'agent doit opter dans les proportions qu'il souhaite au plus tard le 31 mars de l'année N+1, et ce chaque année : <ul style="list-style-type: none"> - soit par la prise en compte des jours au régime de la RAFP, - soit par l'indemnisation des jours, - soit par le maintien des jours sur le CET, à raison de 10 jours par an dans la limite d'un plafond global de 60 jours (mesure dérogatoire pour l'année 2020 uniquement : 20 jours possibles en 2020 avec un plafond global de 70 jours). <p>Le CET peut également être utilisé de plein droit à l'issue d'un congé de maternité, d'adoption ou de paternité, congé proche aidant, congé solidarité familial (décret 2020-287 du 01/05/2020) dès lors que la demande en a été faite auprès de la Direction des Ressources Humaines.</p>
Utilisation	Les stagiaires, s'ils peuvent bénéficier d'un CET, ne peuvent l'utiliser pendant la période de stage.

Information de l'employeur de l'utilisation du CET	<p>La prise d'un CET pouvant perturber l'organisation d'un service, la demande écrite via le formulaire sur qual'net, référence RH-SECRE-E-023 (mémo technique : CET) de l'agent visée par le supérieur hiérarchique sera transmise à la direction des ressources humaines selon les dispositions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'utilisation du CET pendant la période estivale (du 15 juin au 15 septembre) doit être spécifiée en début d'année lors de la planification des congés annuels sous réserve que l'organisation du service le permette. <p>Si le Directeur s'oppose à une demande de congés au titre du CET, ce refus doit être motivé.</p>
Situation du salarié pendant la prise de congé	<p>Les congés pris au titre du CET sont assimilés à une période d'activité, et sont rémunérés en tant que telle.</p> <p>Les sommes versées au salarié à l'occasion de la prise d'un CET sont calculées sur la base du salaire perçu au moment du départ en congé.</p>
Fin du congé et reprise d'activité	Sauf cessation d'activité, le salarié doit, à l'issue du congé, retrouver son poste d'origine assorti d'une rémunération équivalente.
Décès de l'agent	Le CET est reversé aux ayants droits.

FICHE N°1.7 : CALCUL DES DROITS A CONGES ANNUELS

1° SI L'AGENT EST RECRUTE EN COURS D'ANNEE.

Cas des agents à temps plein et en position d'activité sur une année incomplète (entrée ou sortie en cours d'année) :

Les droits sont de 2 jours de congés annuels par mois de présence ou fraction de mois supérieure à 15 jours, auxquels peuvent s'ajouter 1 jour de fractionnement, et 2 jours de congés hors période si l'agent a droit à plus de 12 jours de congés annuels dans l'année. En cas de changement d'établissement, si l'agent a déjà pu bénéficier du jour de fractionnement et de ses 2 congés hors périodes, il n'y a plus droit dans l'établissement durant l'année.

Exemple :

Agent recruté le 15 octobre 2007 ; soit 78 jours sur 365 (17 jours en octobre, 30 en novembre, 31 en décembre).

Temps plein : 100% ; soit 28 congés annuels (25 CA + 2 congés hors période + 1 jour de fractionnement)

Il travaille 37h30 par semaine, soit 14 RTT

Il travaille en repos variable, soit 11 fériés.

MODES DE CALCUL	
Droits à CA	octobre = 2 jours novembre = 2 jours décembre = 2 jours soit un TOTAL de 6 jours
Droits à RTT	$14 * 78/365 = 2,99$ jours
Fériés	3 jours (1/11,11/11,25/12)
TOTAL	$6 + 2,99 + 3 = 11,99$ soit 12 jours

Temps de Travail à effectuer sur l'année : 1596 heures x 78/365 = 341 heures 04

2° AGENT CHANGEANT DE QUOTITE EN COURS D'ANNEE.

Exemple :

Agent recruté le 1^{er} janvier 2007

Temps de travail : 100% jusqu'au 31 mars (3 mois), 50% du 1^{er} avril au 30 septembre (6 mois), 80% du 1^{er} octobre au 31 décembre (3 mois).

Il travaille 37h30 par semaine, soit 14 RTT

Il travaille en repos variable, soit 11 fériés.

	Période à 100%	Période à 50%	Période à 80%	TOTAL
Temps de travail effectif sur base 10 dimanches	$1561 * 3/12 = 390h15$	$1561 * 6/12 = 780.30$ $780.30 * 50\% = 390h15$	$1561 * 3/12 = 390.15$ $390.15 * 80\% = 312h12$	1092h42
Droits à CA	$28 * 3/12 = 7$	$28 * 6/12 = 14$	$28 * 3/12 = 7$	28 jours
Droits à RTT	$14 * 3/12 = 3,50$	$14 * 6/12 = 7$ $7 * 50\% = 3,5$	$14 * 3/12 = 3,5$ $3,5 * 80\% = 2,8$	9,8 jours
Fériés	$11 * 3/12 = 2,75$	$11 * 6/12 = 5,5$ $5,5 * 50\% = 2,75$	$11 * 3/12 = 2,75$ $2,75 * 80\% = 2,2$	7,7 jours

3° AGENT A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE EN COURS D'ANNEE, SUITE A UN CONGE DE LONGUE DUREE.

Exemple :

Agent en congé longue durée (CLD) jusqu'au 30 septembre 2007, reprise en à temps partiel thérapeutique pour 3 mois du 1er octobre au 31 décembre

A l'origine, l'agent travaille 37h30 par semaine et a droit à 14 RTT.

Il travaille en repos variable, soit 11 fériés.

	CLD = 9 mois	Mi-temps thérapeutique = 3mois	TOTAL
Droits à CA	$2 * 9 = 18$	$2 * 3 = 6$ $6 * 50\% = 3$	$18 + 3 = 21$ jours
RTT	0	0	0 jour
Fériés	0	3	3 jours
		TOTAL	$21 + 3 = 24$ jours

Chapitre 2 : CONGES

FICHE N°2.1 : CONGES ANNUELS

1° TEXTE DE REFERENCE

- Décret n°2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Circulaire n°DGOS/RH3/DGCS du 20 mars 2013 relative à l'incidence des congés pour raisons de santé sur le report des congés annuels des fonctionnaires hospitaliers
- Instruction DGOS/RH3/DGCS/2013/356 du 1^{ER} octobre 2016 relative à l'incidence du congé de maternité, du congé d'adoption, du congé de paternité et du congé parental sur le report des congés annuels des fonctionnaires hospitaliers
- Note de service n°2015/40 relative au don de jours de repos par un agent public civil, décret du 28 mai 2015.

2° PRINCIPES GENERAUX

a) Ouverture des droits à congés :

Pour une année civile, tout agent en activité a droit à des congés annuels de 25 jours ouvrés auxquels peuvent s'ajouter 2 jours hors période et 1 jour de fractionnement. 1 jour hors période est attribué si l'agent a bénéficié au moins de 3 jours de congés annuels entre le 1^{er} janvier et le 30 avril et le 1^{er} novembre et le 31 décembre, et 2 jours pour 6 jours de congé annuels dans la même période. Le jour de fractionnement est attribué si les congés annuels ont été pris en 3 fois minimum.

Les congés annuels doivent être prévus en cinq périodes maximum, sans reliquat.

Champ d'application :

Le régime des congés annuels s'applique indistinctement à tous les agents qu'ils soient titulaires, stagiaires ou contractuels.

En cas de changement de quotité du temps de travail les congés annuels sont calculés au prorata.

Sont considérés en position d'activité :

- le travail à temps plein
- le travail à temps partiel
- les congés annuels
- les autorisations d'absences
- les congés de maladie
- le congé de longue durée et de longue maladie
- les accidents du travail
- les maladies professionnelles
- les temps partiels thérapeutiques
- le congé de maternité, de paternité et d'adoption
- la formation professionnelle
- le congé de formation syndicale
- la promotion professionnelle
- les périodes de service militaire et d'instruction obligatoire
- la formation permanente
- le congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie
- la mise à disposition

[SOMMAIRE](#)

3° MODALITES D'ATTRIBUTION DES CONGES ANNUELS

L'absence de l'agent au titre des congés annuels ne peut être supérieure à 31 jours consécutifs.

Période de référence

La période de référence pour les congés annuels va **du 1^{er} janvier au 31 décembre** :

Tous les congés annuels doivent être pris avant le 31 décembre de l'année en cours.

Toute dérogation doit faire l'objet d'une demande auprès de la Direction des Ressources Humaines.

A partir du 1^{er} janvier 2013, tout ou partie des congés annuels non pris pour raison de santé (maladie, longue maladie, longue durée, maladie professionnelle, accident de service) sont reportés sur l'année suivante. L'application de ce principe est élargie aux absences pour congé de maternité, congé d'adoption, congé de paternité et congé parental.

Le report sur l'année N+1 ne pourra concerner que les congés non pris de l'année précédente et non d'années antérieures à l'année N. Ainsi, les congés de l'année N reportés peuvent être posés jusqu'au 31 décembre de l'année N+1. Au-delà de cette date, ils sont perdus. A l'instar des congés annuels, leur prise sur la (ou les) période(s) demandée(s) par l'agent au cours de l'année N+1 reste conditionnée par l'autorisation de l'employeur au regard des nécessités de service.

Les congés non pris au titre d'une année de service accompli peuvent alimenter un compte épargne temps dès lors que l'agent a pris 20 jours de congés annuels dans l'année.

Un congé non pris ne donne lieu à aucune indemnité compensatrice.

Pour le personnel permanent du service de nuit, les congés sont répartis en 18 nuits de 10h (y compris jours hors période et jour fractionnement).

Délais de pose des congés annuels

Les congés annuels doivent être transmis à la DRH :

- avant le 15 mars de l'année N pour la période allant du 1^{er} juin au 31 décembre de l'année N ; la DRH valide au plus tard le

31 mars de l'année N.

- avant le 15 novembre de l'année N pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 mai N+1; la DRH valide au plus tard le

1^{er} décembre de l'année N.

L'utilisation du CET pendant la période estivale doit être programmée en début d'année lors de la planification des congés annuels, sous réserve que l'organisation du service le permette (cf. fiche 1.6 relative au CET).

Pose des congés estivaux

Les congés d'été pour l'année sont les jours de congés annuels posés entre mi juin et mi septembre (dates variables suivant les années, ce qui représente un total de 13 semaines).

Les jours de RTT ne sont pas posés pendant la période estivale, sauf sur autorisation ou demande du cadre du service, dans la stricte mesure où cela ne pénalise pas la continuité de service et respecte l'équité entre les agents.

Objectifs des règles de pose de congés estivaux :

Gagner en souplesse dans la pose des congés et mieux répondre aux souhaits des agents en laissant une place plus importante à la discussion en équipe,

Faciliter les mouvements d'agents entre équipes,

Garantir l'équité entre équipes et entre agents.

Le cadre du service est garant de l'équité de la pose des congés annuels :

Il valide le programme des congés en s'étant assuré de l'équité dans la pose des congés annuels en tenant compte des années précédentes, dans et en dehors des congés estivaux.

Les congés exceptionnels par leur durée doivent être demandé le plus à l'avance possible et tenir compte de l'équité entre agents.

Le cadre du service arrête le tableau des congés et transmets aux agents son choix. En cas de litige ou de modifications, le cadre explique les motifs de la décision au regard de critères d'équité, compte tenu des congés déjà posés les années précédentes et souligne les changements qu'il a opéré.

Pour les agents en repos variables, il est garanti que le nombre de week end soit équivalent au nombre de semaines, avec de possibles assouplissements.

Il est garanti que le nombre de week end pris en congés devra à minima être égal au nombre de semaines de congés.

La reprise au travail ne peut s'effectuer sur un week end ou jour férié, afin de garantir la continuité et la sécurité des soins. Chaque période d'une semaine, de deux semaines ou trois semaines débute donc un lundi et se termine par un week end entier de repos.

Ainsi, par exemple :

3 semaines de congés consécutives donnent droit à 3 week ends de congés (le week end de la 3^{ème} semaine de congés ne peut être travaillé),

2 semaines de congés consécutifs et 1 semaine séparée donnent droit à 2 week ends sur la 1^{ère} période de congé (le week end de la 2^{ème} semaine de congés ne peut être travaillé), 1 week end sur la 2^{nde} période (le week end achevant la semaine de congé ne peut être travaillé).

La prise d'un week end de congé supplémentaire peut être accordé (soit 4 week ends pour 3 semaines de congés par exemple), dès lors que cela est le résultat d'un échange consenti réciproquement entre collègues et validé par le cadre.

Pour chaque agent en repos variable, un week end supplémentaire pourra être effectué sollicitant d'abord les volontaires, pendant l'été, si besoins, afin de permettre la prise d'un week end de congé supplémentaire.

Sur la période d'été, les agents de jour peuvent passer de nuit et réciproquement, quand nécessaire et pour permettre la continuité des soins.

Les agents n'ayant pas de congés annuels prévus pendant les vacances scolaires d'été doivent pouvoir bénéficier d'une priorité pour obtenir des congés annuels pendant les autres périodes de vacances scolaires hors fêtes de fin d'année.

Procédure

Un **tableau prévisionnel** est établi dans chaque service en début d'année. Le tableau définitif est paraphé par le Directeur au plus tard le **31 mars** de l'année considérée. Au minimum, la **moitié de l'effectif** doit être **présent**.

Les congés annuels peuvent se prendre en journée ou demi-journée. La période de congés d'été est fixée de mi-juin à mi-septembre. Chaque agent, s'il le souhaite, doit être en mesure de bénéficier de 3 semaines de congés durant cette période.

Il est souhaitable de prendre l'équivalent de 2 semaines de congés dans le courant du 1^{er} semestre de l'année. Les prévisions de congés annuels du 1^{er} semestre doivent être établies pour le 1^{er} décembre de l'année précédente et le reliquat pour le 1^{er} mars de l'année.

Cas particuliers

MODE DE CALCUL	
Agents recrutés ou partis en cours d'année	La durée des congés annuels est calculée au prorata du nombre de mois travaillés soit 2 jours ouvrés par mois ou fraction de mois supérieure à 15 jours. Pour bénéficier des 2 jours hors période et du jour de fractionnement, l'agent doit justifier de plus de la moitié des congés annuels dans l'établissement, soit 13 jours minimum.
Cas de mutation ou de détachement	Pour un agent titulaire muté ou détaché dans une autre administration, les congés annuels doivent être épuisés avant son départ.
Départ à la retraite	Les congés sont proratisés au temps de présence auxquels peuvent s'ajouter 2 jours hors période et 1 jour de fractionnement. 1 jour hors période est attribué si l'agent a bénéficié au moins de 3 jours de congés annuels entre le 1 ^{er} janvier et le 30 avril et le 1 ^{er} novembre et le 31 décembre, et 2 jours pour 6 jours de congé annuels dans la même période. Le jour de fractionnement est attribué si les congés annuels ont été pris en 3 fois minimum.
Démission ou révocation	L'agent démissionnaire ou révoqué, en cours d'année, a droit aux congés annuels calculés en application des dispositions générales. Les congés annuels doivent être posés sur des jours initialement prévus comme devant être travaillés au planning prévisionnel.
CA (1)	

	Exemple :		
		CA	(2)
		CA	(3)
		CA	(4)
		CA	(5)
		RH	
		RH	
		CA	(6)
		CA	(7)
		CA	(8)
		CA	(9)
		CA	(10)
		RH	
		RH	
	Observation :	Seuls 10 jours de congés annuels sont décomptés.	

Combinaison congés annuels / promotion professionnelle	<p>Le temps passé en promotion professionnelle étant considéré comme de l'activité, les agents dans cette situation bénéficient des droits à congés annuels statutaires des agents hospitaliers soit : 25 jours (+ 2 jours d'hiver + 1 jour de fractionnement).</p> <p>Si le nombre de congés annuels attribués durant la période de promotion professionnelle est égal ou supérieur aux droits statutaires, l'agent n'a plus droit à des congés annuels pour la période où il reprend une activité.</p>									
Combinaison congés annuels / congés maladie	<p>Lorsqu'un agent en congé annuel est malade, il est placé en position « maladie » sur présentation d'un justificatif.</p> <p>Dans ce cas, le décompte des congés annuels est interrompu à la date du certificat médical (arrêt de travail) et pour la durée de celui-ci, sous réserve de fournir sous 48 heures un certificat médical à la Direction des Ressources Humaines.</p> <p>L'agent ne peut cumuler 2 congés en même temps.</p> <p>Exemple : Un agent débute ses congés annuels par un arrêt de maladie.</p> <table border="1" data-bbox="983 1013 1769 1368"> <thead> <tr> <th data-bbox="983 1013 1140 1257">Situatio n Initiale</th><th data-bbox="1140 1013 1388 1257">Situation suite à l'arrêt</th><th data-bbox="1388 1013 1769 1257">OBSERVATION</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="983 1257 1140 1314">CA(1)</td><td data-bbox="1140 1257 1388 1314">AM *</td><td data-bbox="1388 1257 1769 1314">5 jours de congés annuels ont été décomptés</td></tr> <tr> <td data-bbox="983 1314 1140 1368">CA (2)</td><td data-bbox="1140 1314 1388 1368">AM</td><td data-bbox="1388 1314 1769 1368">début arrêt maladie</td></tr> </tbody> </table>	Situatio n Initiale	Situation suite à l'arrêt	OBSERVATION	CA(1)	AM *	5 jours de congés annuels ont été décomptés	CA (2)	AM	début arrêt maladie
Situatio n Initiale	Situation suite à l'arrêt	OBSERVATION								
CA(1)	AM *	5 jours de congés annuels ont été décomptés								
CA (2)	AM	début arrêt maladie								

CA (3)	AM	
CA (4)	AM	
CA (5)	AM	fin arrêt maladie
RH	RH	
RH	RH	
CA (6)	CA (1)	
CA (7)	CA (2)	
CA (8)	CA (3)	
CA (9)	CA (4)	
CA(10)	CA (5)	
RH		
RH		

*AM = Arrêt Maladie

Observations :

Si la guérison intervient avant l'expiration de la période de congés, l'agent reprend son service à la date initialement prévue.

Si la guérison est postérieure à l'expiration de la période de congé, l'agent reprend son service à la date de guérison.

Dans les deux cas cités ci-dessus (1&2), le solde du congé reste dû et devra être utilisé avant le 31 décembre.

Combinaison congés annuels / temps partiel thérapeutique	Un agent effectuant un temps partiel thérapeutique est en position d'activité. Il bénéficie des droits à congés annuels au prorata du temps travaillé.
--	---

Congés annuels : personnel de jour

Les congés annuels sont au maximum de **28 jours pour un agent à temps plein** répartis de la façon suivante :

25 jours de congés annuels,
2 jours de congés d'hiver,
1 jour de fractionnement.

8 Congés annuels : personnel à temps partiel

Lorsque l'agent à **temps partiel** effectue son temps de travail en réduction journalière, le calcul des droits est identique à celui retenu pour les agents à temps plein : 25 jours ouvrés et éventuellement 2 congés hors période et un jour de fractionnement.

Pour les agents à temps partiel, les droits à congé sont proportionnels à la quotité de travail.

En cas de changement de quotité de temps de travail, les congés annuels sont calculés au prorata.

Quotité de travail	Nombre de CA	Nombre de CA posés sur RC
100%	28	0
90%	25	3
80%	22	6
75%	21	7
70%	20	8
60%	17	11
50%	14	14

Congés annuels : personnel de nuit

Pour le temps de **travail de nuit**, sur une base de 28 jours (25 congés annuels +2 congés hors Saison + 1 jour de fractionnement)

6 h 30, soit :

Quotité de travail de nuit	Nombre de nuit de CA	Nombre de CA posés sur RC
100%	18	10
90%	16	12
80%	14	14
75%	13	15
70%	12	16
60%	11	17
50%	09	19

Congés supplémentaires exceptionnels

Le congé supplémentaire exceptionnel est un jour chômé supplémentaire accordé pour une année donnée. Il n'est donc pas reconductible d'une année sur l'autre.

Il fait l'objet d'une **circulaire ministérielle**, une **note de service** en précise alors les conditions d'octroi.

Congés d'hiver ou congés hors saison (hors période)

Ouverture des droits :

Personnel
de Jour →

L'agent a pris au moins 6 jours de congés, fractionnés ou consécutifs, entre le 1er novembre et le 30 avril :

DROIT = 2 jours supplémentaires « hors saison »

01/01 30/04 01/11 31/12

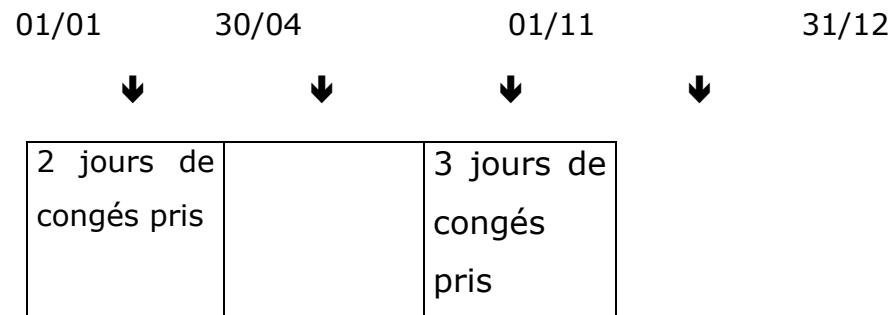


4 jours de congés pris		3 jours de congés pris
------------------------	--	------------------------

OBSERVATION : L'agent a posé 7 jours de congés en dehors de la période du 01/05 au 31/10, il a donc droit à 2 jours d'hiver.

L'agent a pris entre 3 et 5 jours de congés, fractionnés ou consécutifs, entre le 1er novembre et le 30 avril :

DROIT = 1 jour supplémentaire « hors saison »



OBSERVATION : L'agent a posé 5 jours de congés en dehors de la période du 01/05 au 31/10, il a donc droit à 1 jour d'hiver.

L'agent a pris moins de 3 jours de congés, fractionnés ou consécutifs, entre le 1er novembre et le 30 avril :

DROIT = 0 jour supplémentaire « hors saison »

Congés bonifiés

Références tatutaires :	<p>Décret n° 87-482 du 01.07.1987</p> <p>Circulaire DH/8D n°193 du 08.07.1987</p> <p>Circulaire CH/FH3 n°93-41 du 12.11.1993 et Circulaire DH/FH1 n°98-695 du 26.11.1998.</p> <p>Décret n°2020-851 du 02/07/2020 modifie le décret n°87-482 du 01/07/1987 : vise à moderniser le dispositif des congés bonifiés dans les trois versants de la fonction publique afin d'en permettre un bénéfice plus fréquent en contrepartie d'une diminution de leur durée.</p>
Bénéficiaires	<p>Les agents titulaires ou stagiaires originaires d'un département d'Outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane, Réunion),</p> <ul style="list-style-type: none">- Ayant leur centre des intérêts matériels et moraux (CIMM) dans un département d'Outre-mer,- ayant effectué 24 mois de service ininterrompu (hors congé parental ou disponibilité), la durée du congé bonifié étant comptée dans cette durée.

Durée des congés	<p>Durée maximale du congé = 31 jours consécutifs</p> <p>La bonification n'est accordée que pour permettre à l'agent de prolonger son séjour en Outre-mer au delà de la période de congés annuels.</p> <p>Le bénéficiaire du congé perd tout droit à la bonification non utilisée.</p>
Application pratique	<p>Le congé bonifié ne peut pas être fractionné.</p> <p>L'agent perd tout droit à la bonification non utilisée.</p> <p>L'agent ne peut pas bénéficier des dispositions relatives aux congés d'hiver.</p> <p>L'agent ne peut prétendre au congé supplémentaire exceptionnel.</p> <p>L'agent ne peut prétendre à la récupération des jours fériés inclus dans sa période de congé bonifié.</p> <p>Le voyage est payé par l'établissement pour le fonctionnaire et pour sa famille.</p> <p>Pendant le séjour Outre-mer, une prime de vie chère égale à celle des fonctionnaires en service dans le département de séjour, est réglée à l'intéressé à son retour sur justification de son séjour.</p>

Procédure	L'agent doit faire une demande par écrit auprès du Directeur des Ressources Humaines, laquelle doit comporter : - sa destination, - ses dates de congés bonifiés, sous couvert de son responsable d'encadrement.
-----------	---

Congés bloqués

Référence Statutaire :	Loi n° 86-33 du 09.01.1986 (art.41-1 ^o alinéa 3)
Bénéficiaires	Les agents titulaires ou stagiaires, originaires de la Corse, des départements et territoires d'Outre-Mer, d'Algérie, ou des Etats antérieurement placés sous la souveraineté, la protection ou la tutelle de la France, peuvent bénéficier, sous certaines conditions et si les nécessités de service ne s'y opposent pas, d'un congé bloqué.
Durée du Congé	Durée du congé = cumul sur une année des congés annuels de deux années.

Application Pratique	<p>L'agent ne peut prétendre au congé supplémentaire exceptionnel.</p> <p>L'agent doit faire une demande par écrit auprès du Directeur des Ressources Humaines sous couvert de son responsable d'encadrement</p>
----------------------	--

Congés pour participer aux activités des organisations de jeunesse et d'activités populaires.

Référence Statutaire :	Loi n° 86-33 du 09.01.1986 (art. 41-8).
Bénéficiaires	Les agents titulaires et stagiaires âgés de moins de 25 ans.
Durée	<p>6 jours par an à prendre en une ou deux fois.</p> <p>Ces jours ne peuvent être imputés sur les congés annuels.</p> <p>Ce congé peut faire l'objet d'un cumul avec le congé de formation syndicale, pour un total de 12 jours pour les deux types de congé pour une même année.</p>
Rémunération	Il s'agit d'un congé non rémunéré.

Congés pour accomplir une période d'instruction militaire

Référence Statutaire :	Loi n° 86-33 du 09 janvier 1986 (art. 63)
Position	L'agent qui accomplit une période d'instruction militaire est placé en congé avec traitement pendant cette période.

Un agent public civil peut donner des jours de repos à un autre agent public parent d'un enfant gravement malade (Décret n° 2015-580 du 28 mai 2015) ou agent qui vient en aide à une personne atteinte d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité ou présentant un handicap (décret n°2018-874 du 9 octobre 2018).

Don de jours de repos par un agent public civil : décret du 28 mai 2015 et décret n°2018-874 du 9 octobre 2018

Un agent public civil, peut, sur sa demande, renoncer anonymement et sans contrepartie, à tout ou partie de ses jours de repos non pris, enregistrés ou non sur un compte épargne temps, au bénéfice d'un autre agent public relevant du même employeur, qui assume la charge :

- d'un enfant âgé de moins de 20 ans atteint d'une maladie,
ou
- d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensable une présence soutenue et des soins contraignants ou qui vient en aide à une personne atteinte d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité ou présentant un handicap, lorsque cette personne est, pour le bénéficiaire du don, l'une de celles mentionnées aux 1° à 9° de l'article L.3142-16 du code du travail :
 - o conjoint,
 - o concubin,
 - o partenaire lié par un pacte civil de solidarité,
 - o ascendant,
 - o descendant,
 - o enfant à charge,
 - o collatéral jusqu'au quatrième degré,
 - o ascendant, descendant ou collatéral jusqu'au quatrième degré de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité,
 - o personne âgée ou handicapée avec laquelle il réside ou avec laquelle il entretient des liens étroits et stables, à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Objet du don :

Les jours de congés annuels pour la partie excédant 20 jours ouvrés.

Modalités du don :

Un agent public peut renoncer sur sa demande anonymement et sans contrepartie à tout ou partie de ses jours de repos non pris, affectés ou non sur un compte épargne temps. L'agent signifie par courrier à la DRH sa volonté en précisant le nombre de jours de repos faisant l'objet du don. Le don a un caractère définitif dès lors qu'il a été validé par la DRH.

Bénéficiaire du don :

L'agent qui souhaite bénéficier d'un don de jours de repos formule sa demande par écrit à la DRH, accompagnée d'un certificat médical détaillé remis sous pli confidentiel établi par le médecin qui suit l'enfant. La DRH dispose d'un délai de 15 jours ouvrables pour informer l'agent bénéficiaire. La durée du congé est plafonnée à 90 jours par enfant ou personne atteinte d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité ou présentant un handicap et par année civile. Le congé peut être fractionné à la demande du médecin. Le don est fait sous forme de jour entier, quelque soit la quotité de travail de l'agent qui en bénéficie. L'absence du service ne peut excéder 31 jours consécutifs. L'agent bénéficiaire a droit au maintien de sa rémunération, la durée du congé est assimilée à une période de service effectif. Les jours accordés ne peuvent alimenter le CET du bénéficiaire et aucune indemnité ne peut être versée en cas de non utilisation de jours de repos ayant fait l'objet d'un don. Le reliquat des jours donnés non utilisés par le bénéficiaire est restitué à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

FICHE N°2.2 : CONGE MALADIE

Références statutaires :	Décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la Fonction Publique Hospitalière. Loi 2017-1837 du 30/12/2017 article 115 Article 84 de la loi n°2019-828 du 8 aout 2019 de transformation de la fonction publique
--------------------------	---

Principes généraux	<p>En cas de maladie dûment constatée par un certificat médical signé, soit par un médecin, soit par un chirurgien-dentiste ou par une sage femme, et mettant l'agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, celui-ci est de droit placé en congé de maladie.</p> <p>Le congé de maladie commence à la date du certificat médical.</p> <p>L'agent doit prévenir obligatoirement la Direction des Ressources Humaines, et de préférence, informer l'encadrement du service de son absence.</p> <p>A l'expiration de son congé maladie, le fonctionnaire doit reprendre ses fonctions. Une visite de reprise auprès du médecin du travail est nécessaire après un arrêt qui a duré au moins 3 semaines. Cet examen a lieu au plus tard dans les 8 jours qui suivent la reprise.</p>
Jours de carence	Le 1 ^{er} jour d'arrêt maladie n'est pas rémunéré sauf pour les agents en congé de maladie entre la date de leur déclaration de grossesse et la date de début de leur congé de maternité.

Procédure des règles d'organisation au Centre Hospitalier	<p>Les agents stagiaires ou titulaires doivent :</p> <ul style="list-style-type: none">- dans un délai de 24 heures : prévenir la Direction des Ressources Humaines,- dans un délai de 48 heures : faire parvenir à la Direction des Ressources Humaines les volets 2 et 3 du certificat médical précisant : <p>l'adresse où le malade peut être contrôlé, la date de début d'arrêt si elle est différente de la date de prescription, si les sorties sont autorisées ou non.</p> <p>Les agents contractuels doivent dans les mêmes délais, adresser :</p> <p>les volets 1 & 2 à leur caisse d'assurance primaire maladie le volet 3 à la Direction des Ressources Humaines.</p> <p>Si l'arrêt maladie dépasse 3 semaines, l'agent doit, pour reprendre réellement son travail, effectuer une visite médicale auprès du médecin du travail.</p>
---	--

	Cette visite doit avoir lieu au plus tard dans les 8 jours suivants la reprise réelle du travail.						
Durée	<p>La durée maximum est de 1 an pendant une période de 12 mois consécutifs.</p> <p>Les 6 premiers mois sont accordés sur présentation de certificats médicaux, les 6 mois suivants après avis du Comité Médical.</p> <p>A l'expiration des 12 mois, un avis est demandé au Comité Médical.</p>						
	<table border="1"> <tr> <td>Si l'avis est favorable</td><td>Si l'avis est défavorable</td></tr> <tr> <td>L'agent reprend ses fonctions.</td><td> <p>L'agent est :</p> <p>mis en disponibilité d'office,</p> <p>ou reclassé dans un autre emploi,</p> <p>ou placé en retraite pour invalidité.</p> </td></tr> <tr> <td>Une reprise anticipée est possible sur présentation d'un certificat médical et de l'avis du médecin du travail.</td><td></td></tr> </table>	Si l'avis est favorable	Si l'avis est défavorable	L'agent reprend ses fonctions.	<p>L'agent est :</p> <p>mis en disponibilité d'office,</p> <p>ou reclassé dans un autre emploi,</p> <p>ou placé en retraite pour invalidité.</p>	Une reprise anticipée est possible sur présentation d'un certificat médical et de l'avis du médecin du travail.	
Si l'avis est favorable	Si l'avis est défavorable						
L'agent reprend ses fonctions.	<p>L'agent est :</p> <p>mis en disponibilité d'office,</p> <p>ou reclassé dans un autre emploi,</p> <p>ou placé en retraite pour invalidité.</p>						
Une reprise anticipée est possible sur présentation d'un certificat médical et de l'avis du médecin du travail.							

Absence pour maladie en cours de journée	<p>Si la journée de travail a été entièrement effectuée, le cadre prévient la D. R. H. (par rectificatif) qui enregistrera la maladie à compter du lendemain.</p> <p>Si la journée de travail a été partiellement effectuée, la maladie est enregistrée pour toute la journée et les heures sont comptabilisées</p> <p>En cas d'hospitalisation :</p> <p>l'agent est placé en congé de maladie,</p> <p>l'agent doit fournir dès son hospitalisation un bulletin de situation, valant arrêt de travail, à la Direction des Ressources Humaines. L'agent contractuel est soumis aux mêmes obligations, mais il doit en plus envoyer un bulletin de situation à son centre CPAM.</p>
Combinaison congé maladie / congés annuels	<p>Un agent placé en congé maladie est en position d'activité. Il a donc droit aux congés annuels.</p> <p>Les congés annuels non pris au 31/12 de l'année N sont reportés l'année N+1.</p>

Droits à traitement	<p>- pendant les 3 premiers mois : intégralité du traitement.</p> <p>- les 9 mois suivants : moitié du traitement.</p> <p>Maintien de la totalité des suppléments pour charges de famille.</p> <p>Maintien de l'intégralité des droits à l'avancement et à la retraite.</p> <p>Suppression ou réduction des primes attachées à l'exercice effectif des fonctions.</p> <p>Pour les agents contractuels :</p> <p>Le congé maladie est pris en charge par la sécurité sociale qui verse des indemnités journalières.</p> <p>Si le contrat se prolonge :</p> <table border="1" data-bbox="887 960 1740 1389"> <thead> <tr> <th data-bbox="887 960 1268 1024">Conditions d'ancienneté</th><th data-bbox="1268 960 1740 1024">Traitement</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="887 1024 1268 1183">Après 4 mois de service</td><td data-bbox="1268 1024 1740 1183"> 1 mois plein traitement 1 mois ½ traitement </td></tr> <tr> <td data-bbox="887 1183 1268 1325">Après 2 ans de service</td><td data-bbox="1268 1183 1740 1325"> 2 mois plein traitement 2 mois ½ traitement </td></tr> <tr> <td data-bbox="887 1325 1268 1389">Après 3 ans de service</td><td data-bbox="1268 1325 1740 1389">3 mois plein traitement</td></tr> </tbody> </table>	Conditions d'ancienneté	Traitement	Après 4 mois de service	1 mois plein traitement 1 mois ½ traitement	Après 2 ans de service	2 mois plein traitement 2 mois ½ traitement	Après 3 ans de service	3 mois plein traitement
Conditions d'ancienneté	Traitement								
Après 4 mois de service	1 mois plein traitement 1 mois ½ traitement								
Après 2 ans de service	2 mois plein traitement 2 mois ½ traitement								
Après 3 ans de service	3 mois plein traitement								

		3 mois ½ traitement	
--	--	---------------------	--

FICHE N°2.3 : CONGE SUITE A UN ACCIDENT DE SERVICE, ACCIDENT DE TRAVAIL, A UNE MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE, OU A UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Référence statutaire	Décret 2020-566 du 13 mai 2020 relatif au congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)
----------------------	---

	<p>Le congé d'invalidité temporaire imputable au service créé pour l'ensemble de la fonction publique par une ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 est effectif dans le versant hospitalier depuis le 16 mai 2020.</p> <p>« le fonctionnaire en activité a droit à un congé pour invalidité temporaire imputable au service lorsque son incapacité temporaire de travail est consécutive à un accident reconnu imputable au service, à un accident de trajet ou à une maladie contractée en service ». Aussi, le CITIS est accordé aux seuls fonctionnaires (titulaires et stagiaires).</p> <p><u>Maladie professionnelle</u> : maladie contractée en service, et directement imputable à l'activité professionnelle habituelle de la victime (agent titulaire ou stagiaire).</p> <p><u>Accident de service et accident de travail</u> : accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, entraînant une lésion brutale et soudaine de l'organisme.</p> <p><u>Accident de trajet</u> : accident survenu entre le lieu de résidence habituelle et éventuellement le lieu de travail et/ou de repas.</p>
--	---

Déclaration d'accident de service et accident de travail	<p>Dans tous les cas (titulaires, stagiaires, contractuels), tout accident doit être dûment déclaré dans les 24 heures par les responsables de service à la Direction des Ressources Humaines.</p> <p>L'agent qui se blesse pendant l'exercice de ses fonctions ou pendant son trajet professionnel doit :</p> <ul style="list-style-type: none">- faire constater l'accident de travail auprès d'un médecin, faire établir un certificat médical : avec arrêt de travail ou uniquement des soins,- établir la déclaration d'accident de travail en commun accord avec le responsable du service : utiliser le document « Déclaration d'accident de travail »- établir un rapport administratif à l'aide du formulaire prévu à cet effet, signé par l'agent accidenté et le responsable du service. Ce rapport est impératif pour la prise en charge de l'accident de travail par la compagnie d'assurance.- adresser à la Direction des Ressources Humaines l'ensemble des documents cités ci-dessus remplis et signés, dans les 24 heures maximum, soit :<ul style="list-style-type: none">- la déclaration d'accident de travail- le certificat Médical- le rapport administratif
--	--

Déclaration d'accident de service et accident de travail (suite)	<ul style="list-style-type: none">- Si, suite à l'accident, l'agent doit subir d'autres examens et/ou des soins, il lui suffira de venir retirer à la Direction des Ressources Humaines un feuillet de prise en charge (titulaire, stagiaire) ou un formulaire régime général (contractuel) pour ne pas avoir à avancer les frais.- A chaque prolongation d'arrêt de travail ou de soins il faut faire suivre le certificat médical à la Direction des Ressources Humaines.- A la fin de la période de soins ou d'arrêt, faire établir par le médecin un certificat final de reprise avec les conclusions dûment remplies. <p>Si l'arrêt de travail, suite à l'accident, est supérieur à 07 jours, l'agent doit effectuer une visite médicale auprès du médecin du travail.</p>
Principes	Ce congé spécifique est accordé lorsque la maladie ou l'accident est survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions, notamment au cours des trajets entre sa résidence habituelle et son lieu de travail dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi. Il peut aussi survenir à l'occasion d'un acte de dévouement dans un intérêt public.

	<p>Pour les agents titulaires et stagiaires :</p> <p>integralité du traitement jusqu'à ce qu'ils soient en état de reprendre leur service ou jusqu'à leur mise en retraite pour invalidité,</p> <p>remboursement des honoraires médicaux et de tous frais directement entraînés par l'accident ou la maladie,</p>
Droits	<p>L'agent contractuel bénéficie en cas de maladie professionnelle d'un congé pendant toute la durée d'incapacité de travail jusqu'à guérison complète. Il a droit au versement de son traitement dans les limites suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- pendant 1 mois dès son entrée en fonction,- pendant 2 mois après 1 an de service,- pendant 3 mois après 3 ans de service. <p>Le relais est ensuite pris via les indemnités journalières jusqu'à la guérison complète ou la consolidation. En cas d'inaptitude à la reprise des fonctions, l'agent est licencié et perçoit une rente d'invalidité de la C.P.A.M.</p>

--	--

FICHE N°2.4 : CONGE LONGUE MALADIE

Référence statutaire	Arrêté du 14 mars 1986 établissant la liste des affections ouvrant droit au congé de longue maladie.
Procédure	<p>Pour bénéficier de ce congé, la maladie doit :</p> <ul style="list-style-type: none">• mettre l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions,• rendre nécessaire un traitement et des soins prolongés,• présenter un caractère invalidant et de gravité confirmée. <p>L'ouverture du congé longue maladie intervient après 6 mois d'arrêt maladie consécutifs à la demande :</p> <p style="padding-left: 40px;">↳ soit de l'Intéressé</p> <p style="padding-left: 40px;">↳ soit du Directeur</p> <p><u>PUIS</u>, le dossier est soumis au Comité Médical.</p>

Durée	<p>Le congé est accordé ou renouvelé sur proposition du Comité Médical pour une période de 3 à 6 mois. La demande de renouvellement doit être adressée au moins un mois avant l'expiration de la période en cours.</p>	
	La durée maximum est de 3 ans. Si le congé est fractionné, cette période de 3 ans peut s'étaler sur une période de 4 ans.	A l'expiration des 3 ans, un avis est demandé au Comité Médical pour reprise de fonction :
	Si l'avis est favorable	Si l'avis est défavorable
<p>L'agent reprend ses fonctions après avis de la médecine du travail</p>		<p>L'agent est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - placé en retraite pour invalidité - ou reclassé dans un autre emploi - ou mis en disponibilité d'office (maximum 4 ans).
Combinaison congé de longue maladie / congés annuels	<p>Un agent placé en congé longue maladie est en position d'activité. Il a donc droit aux congés annuels.</p> <p>Les congés annuels non pris au 31/12 de l'année N sont reportés l'année N+1.</p>	
Droits à traitement	<p>Pendant 1 an : intégralité du traitement.</p> <p>Pendant les 2 années suivantes : moitié du traitement.</p>	
Fin du congé de longue maladie	<p>Si l'agent est apte : reprise des fonctions,</p> <p>Si épuisement des droits à congés maladie : l'agent est reclassé à sa demande dans un autre corps ou emploi, mis en disponibilité d'office ou admis à la retraite.</p>	

FICHE N°2.5 : CONGE LONGUE DUREE ; TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

a) Congé longue durée

	<p>5 maladies ouvrent droit au C.L.D :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tuberculose- Maladie mentale- Poliomyélite- Affection cancéreuse- Déficit immunitaire grave et acquis. <p>L'agent doit être en position d'activité et ne pas avoir déjà épuisé pour une affection donnée les droits à congé de longue durée. En effet, ces droits ne sont ouverts qu'une seule fois dans la carrière pour chaque affection.</p>
Procédure	<p>L'agent est d'abord placé en congé longue maladie (pendant 1 an maximum), puis son dossier est examiné pour :</p> <ul style="list-style-type: none">- soit une reprise,- soit être placé en congé de longue durée. <p>L'ouverture du congé de longue durée intervient à la demande :</p> <ul style="list-style-type: none">- soit de l'intéressé,- soit de l'autorité investie du pouvoir de nomination qui estime au vue d'une attestation médicale ou sur le rapport des supérieurs hiérarchiques que l'état de santé d'un fonctionnaire justifie un congé de longue durée. <p><u>PUIS</u>, le dossier est soumis au Comité Médical.</p>

	<p>La demande de renouvellement doit être adressée au moins 1 mois avant l'expiration de la période en cours.</p>				
Durée	<p>La durée varie suivant que la maladie est imputable ou non au service :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si elle est imputable au service durée maximum = 8 ans (y compris l'année passée en Congé longue maladie) - si elle est non imputable au service durée maximum = 5 ans (y compris l'année passée en Congé longue maladie). <p>La durée est renouvelée par période de 3 à 6 mois.</p> <p>A l'expiration des 5 ou 8 ans, un avis est demandé auprès du Comité Médical pour reprise de fonction :</p>				
	<table border="1"> <tr> <td>Si l'avis est favorable</td><td>Si l'avis est défavorable</td></tr> <tr> <td>L'agent reprend ses fonctions après avis de la médecine du travail</td><td> <p>L'agent est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - placé en retraite pour invalidité, - ou reclassé dans un autre emploi, - ou mis en disponibilité d'office. </td></tr> </table>	Si l'avis est favorable	Si l'avis est défavorable	L'agent reprend ses fonctions après avis de la médecine du travail	<p>L'agent est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - placé en retraite pour invalidité, - ou reclassé dans un autre emploi, - ou mis en disponibilité d'office.
Si l'avis est favorable	Si l'avis est défavorable				
L'agent reprend ses fonctions après avis de la médecine du travail	<p>L'agent est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - placé en retraite pour invalidité, - ou reclassé dans un autre emploi, - ou mis en disponibilité d'office. 				

Combinaison Congé de Longue Durée / Congés Annuels	Un agent placé en congé longue durée est en position d'activité . Il a donc droit aux congés annuels. Les congés annuels non pris au 31/12 de l'année N sont reportés l'année N+1.				
Traitements	<table border="1"> <tr> <td>Si maladie non imputable au service</td> <td>Si maladie imputable au service</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • 3 ans de plein traitement, • 2 ans de demi-traitement. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • 5 ans de plein traitement, • 3 ans de demi-traitement. </td> </tr> </table>	Si maladie non imputable au service	Si maladie imputable au service	<ul style="list-style-type: none"> • 3 ans de plein traitement, • 2 ans de demi-traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 ans de plein traitement, • 3 ans de demi-traitement.
Si maladie non imputable au service	Si maladie imputable au service				
<ul style="list-style-type: none"> • 3 ans de plein traitement, • 2 ans de demi-traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 ans de plein traitement, • 3 ans de demi-traitement. 				

Temps partiel thérapeutique

Référence Statutaire	<p>Loi n°86-33 du 09 janvier 1986 (art.41-1)</p> <p>Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B/2012/70 du 09 février 2012 :</p> <p>Les fonctionnaires autorisés à travailler à temps partiel pour raison thérapeutique (50 %, 60 %, 70 % et 80 %) perçoivent l'intégralité de leur traitement. La décision plaçant l'agent sous le régime du temps partiel thérapeutique met fin au régime du travail à temps partiel. De ce fait, l'intéressé a droit de percevoir, dans cette position, l'intégralité du traitement d'un agent, de même grade exerçant à temps plein les mêmes fonctions.</p> <p>L'article 8 de l'ordonnance n°2017-53 du 19/01/2017 précise que la demande d'octroi ou de renouvellement des fonctions à temps partiel thérapeutique est désormais accordée par l'administration. Pour ce faire, il appartient au centre hospitalier de solliciter l'avis d'un médecin agréé sur présentation d'un certificat médical du médecin de l'agent.</p>
Définition	<p>Après un congé de longue maladie, de longue durée, un accident de service ou une maladie contractée dans l'exercice des fonctions, un agent peut être autorisé, Comité Médical ou de la Commission de Réforme, à accomplir un service à temps partiel, pour raison thérapeutique afin de favoriser la réadaptation fonctionnelle.</p>

Durée	<p>La position de temps partiel thérapeutique est limitée à 1 an sur l'ensemble de la carrière pour une même pathologie ayant ouvert des droits à congé de maladie ou de longue durée.</p> <p>Elle est accordée, sur demande de l'agent, par période de 3 mois minimum ou 6 mois maximum dans la limite d'1 an.</p> <p>Durant une période de temps partiel thérapeutique, l'agent travaille au prorata.</p>
Combinaison partiel Thérapeutique/Congés Annuels	<p>Temps</p> <p>Un agent effectuant un temps partiel thérapeutique est en position d'activité.</p> <p>Il bénéficie de l'intégralité des droits à congés annuels. Ceux-ci sont attribués dans les mêmes conditions que pour les agents à temps partiel exerçant leur activité.</p>
Droits	Les droits à l'avancement et à la retraite sont maintenus.

FICHE N°2.6 : CONGE MATERNITE

Ouverture des Droits	<p>Les droits sont ouverts en fonction de la date présumée d'accouchement inscrite sur le certificat médical obligatoire qui doit être fourni à l'employeur avant la fin du 4ème mois de grossesse.</p> <p>Il faut présenter un certificat médical à la Direction des Ressources Humaines avant la fin du 3ème mois attestant l'état de grossesse pour bénéficier de l'heure de grossesse.</p>
----------------------	--

<p>Les Durées (= celles prévues par la législation du régime général de la sécurité sociale)</p>	<p><u>Durée légale :</u> La durée du congé maternité est fonction de la date présumée d'accouchement.</p> <table border="1" data-bbox="923 357 1664 652"> <thead> <tr> <th colspan="3">1er et 2ème enfant</th></tr> <tr> <th>Durée totale</th><th>Période prénatale</th><th>Période postnatale</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16 semaines</td><td>6 semaines</td><td>10 semaines</td></tr> </tbody> </table> <p>OBSERVATION : Il y a possibilité de reporter une partie du congé prénatal sur le congé postnatal. Cependant, la période prénatale ne doit pas être inférieure à 2 semaines. Ce report n'est possible qu'avec l'avis du médecin du présentation d'un émanant du médecin prénatal du sixième Direction de</p> <table border="1" data-bbox="923 790 1664 1086"> <thead> <tr> <th colspan="3">3ème enfant et plus</th></tr> <tr> <th>Durée totale</th><th>Période prénatale</th><th>Période postnatale</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26 semaines</td><td>8 semaines</td><td>18 semaines</td></tr> </tbody> </table> <p>travail et sur certificat médical qui a pratiqué l'examen mois et après avis de la l'Etablissement.</p>	1er et 2ème enfant			Durée totale	Période prénatale	Période postnatale	16 semaines	6 semaines	10 semaines	3ème enfant et plus			Durée totale	Période prénatale	Période postnatale	26 semaines	8 semaines	18 semaines
1er et 2ème enfant																			
Durée totale	Période prénatale	Période postnatale																	
16 semaines	6 semaines	10 semaines																	
3ème enfant et plus																			
Durée totale	Période prénatale	Période postnatale																	
26 semaines	8 semaines	18 semaines																	

OBSERVATION :

La période pré-natale peut être portée à 10 semaines, dans ce cas, la période post-natale est de 16 semaines. Lorsque l'enfant n'est pas né viable, la période postnatale est réduite à 10 semaines.

Grossesse Gémellaire		
Durée totale	Période pré-natale	Période postnatale

		34 semaines	12 semaines	22 semaines	
<p>OBSERVATION :</p> <p>La période prénatale peut être allongée de 4 semaines au maximum. La période postnatale sera réduite d'autant.</p>					

Grossesse de Triplés ou plus		
Durée totale	Période prénatale	Période postnatale
46 semaines	24 semaines	22 semaines

| Les Durées (SUITE) | **ATTENTION :** Il n'est pas prévu de reporter le congé postnatal sur le congé prénatal. Durée imposée : En cas d'absence de demande, l'établissement peut mettre d'office l'agent en congé de maternité. La durée est au minimum de 2 semaines avant la date présumée de l'accouchement et de 6 semaines après (quel que soit le rang de l'enfant attendu). L'agent ne peut refuser cette mise en congé d'office (2 semaines avant) et ne peut renoncer au reliquat (14 semaines après) qu'à la condition d'avoir fourni un certificat médical de non contre-indication. | |

Congés supplémentaires liés à un état pathologique résultant de la grossesse ou des suites de couches	<p>Congés supplémentaires sur présentation d'un certificat médical :</p> <p>Avant l'accouchement : congé pour grossesse pathologique limité à 2 semaines,</p> <p>Après l'accouchement : suites de couches limitées à 4 semaines.</p> <p>Ces congés sont considérés comme des congés maternité et non comme des congés de maladie.</p>	
		Deux cas sont à distinguer :
Date de l'accouchement différente de la date présumée	Accouchement retardé	Accouchement prématuré
	Le retard est pris en compte au titre des congés maternité et s'ajoute à la durée légale.	<p>La période légale de congés n'est pas réduite.</p> <p>Le congé prénatal non utilisé s'ajoute au congé postnatal dans la limite du repos total initialement prévu.</p>

Hospitalisation de l'enfant nouveau-né	Dans le cas où l'enfant nouveau-né reste hospitalisé après la naissance la mère peut reprendre son activité après au minimum 6 semaines de congé postnatal à compter de la date de l'accouchement. Le reliquat sera pris à compter du jour où l'enfant quitte l'hôpital.
En cas de décès de la mère du fait de l'accouchement	Lorsque le décès présente un lien de causalité avec l'accouchement, la période de congé non prise devient un droit pour le père dès lors que celui ci est agent de l'établissement.
Congé maternité / Temps Partiel	La période à temps partiel est suspendue.

Congé Maternité / congés annuels	<p>Un agent en congé maternité est en position d'activité. Il a donc droit aux congés annuels dans la mesure où il les prend avant le 31 décembre de l'année en cours. A défaut, ils ne sont pas reportables sur l'année suivante.</p> <p>Pour les agents en congé maternité, dont le retour est programmé à compter du mois de septembre, il est souhaitable de prendre 2 semaines de congés annuels avant le départ en congé de maternité.</p>
Aménagements d'horaires et de service	Ils peuvent être accordés en fonction des nécessités du service par le responsable à compter du 3ème mois de grossesse dans la limite d'une heure par jour maximum, laquelle devra être prise en début, en fin de poste ou en cours de vacation.
Rémunération	L'agent a droit à l'intégralité de sa rémunération pendant tout le congé de maternité.

FICHE N°2.7 : CONGE DE PATERNITE

Référence statutaire	Circulaire DHOS/P1/n°2002-7 du 8 janvier 2002 relative au congé de paternité dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.
Principes généraux	<p>Le congé de paternité est accordé au père d'un enfant quelle que soit la situation familiale des parents. En effet, le droit au congé de paternité est subordonné à l'établissement d'un lien de filiation de l'enfant à l'égard de son père. En cas de décès du nouveau né, le congé de paternité est accordé au père dès lors qu'un acte de naissance a été établi. En cas de naissance ou d'adoption, un congé de paternité avec traitement peut être accordé sur demande du père.</p> <p>En cas de décès de la mère, le père a droit de bénéficier du congé de maternité postnatal de celle-ci. Il peut demander le report de son congé de paternité à la date de fin du congé de maternité postnatal auquel il peut prétendre.</p> <p>Le bulletin devra être renouvelé tous les quinze jours pour permettre le versement des indemnités journalières sans attendre la période de fin du bénéfice du congé. Il est également produit à la fin du séjour de l'enfant afin de préciser la date de fin de droit au congé.</p>

Durée	<ul style="list-style-type: none">- 11 jours consécutifs (repos hebdomadaire et fériés calendaires compris) et non fractionnables.- 18 jours en cas de naissances multiples.
Procédure	<p>La demande de ce congé doit être formulée au moins un mois avant la date de début de congé.</p> <p>Ce congé doit être pris dans les 4 mois suivants la naissance de l'enfant sauf en cas de report pour hospitalisation du nouveau né.</p> <p>Ces jours peuvent être pris conséutivement ou non aux autorisations spéciales d'absence (3 jours) accordées à cette occasion.</p>

FICHE N°2.8 : CONGE PARENTAL

Références statutaires	<p>Loi du 30 juillet 1987 Décret n°88-976 du 13 octobre 1988 Circulaire DH/8D n°1507 du 5 octobre 1989 Décret n°2002-279 du 21 février 2002 Décret n°2020-529 du 5 mai 2020 modifiant les dispositions relatives au congé parental et à disponibilité pour élever un enfant et modifiant le décret n°88-976</p>
Principes	<p>L'agent n'est pas en position d'activité Le congé parental doit être réellement consacré à élever l'enfant.</p> <p>Congé sans traitement accordé soit :</p> <ul style="list-style-type: none">à la mère, après un congé pour maternité ou après un congé pour adoption (sans précision sur l'âge minimum),au père, après la naissance ou après l'adoption d'un enfant ayant moins de 16 ans, sans préjudice du congé d'adoption,au partenaire avec lequel l'un des agents est lié par un pacte de solidarité civile.

Durée	<p>Le congé est accordé par période de 2 à 6 mois renouvelables; la demande doit être présentée au moins 1 mois avant le début du congé.</p> <p>Congé accordé :</p> <ul style="list-style-type: none">- jusqu'au 3^{ème} anniversaire de l'enfant né au foyer,- durant 3 ans à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté de moins de 3 ans,- durant 1 an à compter de la date d'arrivée de l'enfant ayant plus de 3 ans et moins de 16 ans. <p>Le fonctionnaire peut demander d'écourter la durée de son congé parental en cas de motif grave, notamment en cas de diminution des revenus du ménage ou de nouvelle grossesse.</p>

8.1.1.1.1.1.1.1 Prolongation du congé	<p>Si une nouvelle naissance ou adoption intervient dans le foyer pendant le congé parental, ce congé est prolongé d'une durée maximale de 2 ans à compter de la naissance de l'enfant ou de son adoption.</p> <p>La demande doit intervenir 2 mois avant la date présumée de la naissance.</p> <p>Sur sa demande et au moins 2 mois avant l'expiration, l'agent peut demander à ce que son conjoint fonctionnaire puisse bénéficier d'un congé parental.</p> <p>Les demandes de renouvellement du congé parental doivent être présentées au moins 1 mois avant l'expiration de la période de congé parental en cours.</p>
Droits	<p>Maintien des droits à avancement pendant les périodes de congé parental ou de disponibilité pour élever un enfant dans la limite de 5 ans sur l'ensemble de la carrière, cette période étant assimilée à des services effectifs dans le corps. Le décret précise que les droits à avancement conservés durant ces périodes s'entendent des droits à avancement d'échelon et de grade.</p> <p>Rémunération suspendue pendant le congé parental.</p> <p>L'intéressé conserve ses droits aux prestations familiales.</p>

Fin du congé	<p>La réintégration s'effectue de plein droit. Un entretien préalable 4 semaines avant la reprise avec la Direction des Ressources Humaines est obligatoire.</p> <p>Si réintégration prématuée, décision prise par le Directeur au vu des justifications produites.</p> <p>Si le fonctionnaire ne souhaite pas reprendre son service, il doit demander une disponibilité pour éléver son enfant de moins de 12 ans.</p>
--------------	---

FICHE N°2.9 : CONGE DE PRESENCE PARENTALE

Référence statutaire	<p>Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000.</p> <p>Décret n°2006-1535 du 05 décembre 2006</p> <p>Note d'information n°DGOS/RH4/RH3/DGCS/4B/2017/190 DU 06/06/2017</p> <p>Décret n°2020-470 du 23 avril 2020 relatif à l'assouplissement du recours au congé de présence parentale et à l'allocation journalière de présence parentale</p>
Principes	<p>L'agent est en position d'activité.</p> <p>Ce congé est accordé au fonctionnaire quand la maladie, l'accident ou le handicap grave de l'enfant nécessite la présence de parents auprès de lui.</p> <p>Le Directeur peut à tout moment faire procéder aux enquêtes nécessaires en vue de s'assurer que le congé est réellement utilisé pour assurer une présence auprès de l'enfant.</p> <p>Congé accordé de droit sur demande écrite de l'agent accompagnée d'un certificat médical présentée 15 jours au moins avant le début du congé.</p> <p>Les demandes de prolongation doivent être effectuées un mois avant l'expiration de la période en cours.</p>

Durée	La durée du congé de présence parentale dont peut bénéficier le fonctionnaire pour un même enfant et en raison d'une même pathologie est au maximum de 310 jours ouvrés au cours d'une période de 36 mois.
Droits	Congé non rémunéré. Pour la détermination des droits à avancement, à promotion et à formation, les jours d'utilisation du congé de présence parentale sont assimilés à des jours d'activité à temps plein.
Fin du congé	A l'issue de la période ouvrant droit au congé de présence parentale ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit.

FICHE N°2.10 : CONGE D'ADOPTION

Ouverture des droits	<p>Le droit au congé d'adoption est ouvert à compter du jour de l'arrivée de l'enfant au foyer. Ce droit cesse au jour éventuel du retrait.</p> <p>Ce droit est ouvert à la mère ou au père adoptif ou réparti entre les deux.</p> <p>Dans ce dernier cas, le congé ne peut être fractionné en plus de deux parties dont la plus courte ne peut être inférieure à 4 semaines.</p>
Durée	<p>1^{er} et 2^{ème} enfant : 10 semaines</p> <p>3^{ème} enfant et plus : 18 semaines</p> <p>Adoptions multiples : 22 semaines</p>
Congé d'adoption / temps partiel	La période à temps partiel est suspendu, ceci donnant droit à un plein traitement.

Congé d'adoption / congés annuels	Un agent en congé d'adoption est en position d'activité . Il a donc droit aux congés annuels dans la mesure où il les prend avant le 31 décembre de l'année en cours. A défaut, ils ne peuvent pas être reportés sur l'année suivante.
--------------------------------------	--

FICHE N°2.11 : CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE

Référence Statutaire	Loi n°99-477 du 9 juin 1999.
Bénéficiaires	<p>Tout agent titulaire, stagiaire ou contractuel, sans condition d'ancienneté, dont un ascendant, descendant, ou une personne partageant son domicile, fait l'objet de soins palliatifs.</p> <p>La demande doit être exprimée 15 jours avant le début du congé, accompagnée d'un certificat médical attestant que la personne en fin de vie bénéficie de soins palliatifs.</p> <p>En cas d'urgence, le congé débute dès la réception de la demande de l'agent.</p> <p>Ce congé n'est pas rémunéré. Le bénéficiaire peut percevoir une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.</p>

Durée	<p>Durée maximale : 3 mois</p> <p>Le congé prend fin :</p> <p>soit à l'expiration de cette période de trois mois,</p> <p>soit dans les trois jours qui suivent le décès de la personne accompagnée,</p> <p>soit à une date antérieure. Dans ce dernier cas, l'agent devra en informer son employeur trois jours francs à l'avance.</p>
Articulation avec les congés annuels et l'autorisation d'absence pour décès	<p>Il ne peut être imputé sur la durée du congé annuel.</p> <p>Il est accordé de plein droit.</p> <p>Il est assimilé à une période de service effectif : l'agent conserve ses droits à l'avancement et la période du congé est prise en compte pour le droit à pension.</p>

FICHE N°2.12 : CONGES PEDAGOGIQUES

Circulaire DHOS/P1 n°2002-240 du 18 avril 2012.

Les cadres-enseignants et les enseignants dans les instituts de formation bénéficient de temps compensatoires pour travaux de préparation pédagogique.

Ces temps compensatoires sont fixés à 10 jours.

Ces jours sont non fractionnables, non reportables et non récupérables.

Les directeurs de ces instituts de formation sont exclus du bénéfice de ces temps compensatoires.

Chapitre 3 : AUTORISATIONS D'ABSENCE

Il est rappelé en préambule que les autorisations d'absences ou les aménagements d'horaires ne constituent pas un droit.

Les absences accordées aux agents ne doivent pas gêner l'organisation du travail. Cependant tout refus doit être motivé et limité aux nécessités de service.

Toute demande d'autorisation devra être établie à l'aide de la fiche prévue à cet effet et sera soumis à l'avis du cadre du service et de la DRH (imprimé sur Qual'net « RH-ABSEN-E-001 » mot clé : « ABSENCE »).

FICHE N°3.1 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR EVENEMENTS FAMILIAUX

Références statutaires	<p>Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière (article 45 - 6ème alinéa)</p> <p>Circulaire DH/8D/86 n° 188 du 17 juin 1987 concernant l'application de la Loi N° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière (article 45 - Autorisations Spéciales d'Absence)</p> <p>Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.</p> <p>Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002</p> <p>Circulaire DHOS/PI n°2001-507 du 23 octobre 2001 relative à l'autorisation spéciale d'absence à accorder à l'occasion de la conclusion d'un pacte civil de solidarité par des agents relevant de la fonction publique hospitalière.</p> <p>Circulaire DHOS/P1/2002-240 du 18 avril 2002.</p>
------------------------	--

Principes généraux	<p>En plus des congés annuels, des autorisations spéciales d'absence sont accordées dans la mesure où les nécessités du service le permettent, pour certains événements familiaux, et sous la responsabilité de l'autorité chargée du fonctionnement du service.</p> <p>Ces absences ne sont pas un droit mais une autorisation accordée à l'agent.</p> <p>Cependant tout refus lié à une nécessité de service doit être motivé. En cas de difficultés dans l'application, l'agent pourra contacter la DRH.</p> <p>Les salariés contractuels ont les mêmes droits que les agents titulaires ou stagiaires.</p>
--------------------	--

Mariage, naissance, décès :	Les agents titulaires, stagiaires et contractuels se voient accorder les mêmes autorisations.	
	Nombre de jours ouvrables	Dispositions Observations
Mariage ou PACS de l'agent	5 jours ouvrables	Dont le jour du mariage ou du PACS. Pour un agent contractuel de moins d'un an de présence, le congé est de 3 jours.
Naissance d'un enfant ou arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption (pour le conjoint ne bénéficiant pas de congé d'adoption)	3 jours ouvrables	Accordé au père dans une période de 15 jours lors de la naissance ou entourant la sortie de l'enfant de la maternité. Lorsque le père bénéficie du congé d'adoption, la mère peut prétendre lors de l'arrivée de l'enfant au foyer, à ces 3 jours.
Décès du compagnon de l'agent (marié ou PACS), des pères, mères, enfants, beaux-parents	3 jours ouvrables 5 jours ouvrables si l'enfant a plus de 25 ans	Dont le jour des obsèques. Vous pouvez bénéficier d'une autorisation spéciale d'absence complémentaire de 8 jours qui peut être fractionnée et prise dans un délai d'1 an à partir du décès. Ces autorisations d'absence sont accordées lors du décès d'un enfant dont vous êtes parent et lors du

	7 jours ouvrés lorsque l'enfant est âgé de – 25 ans	décès d'un enfant ou adulte de moins de 25 ans dont vous avez la charge effective et permanente.
Maladie très grave du compagnon de l'agent (marié ou PACS), des pères, mères, enfants (plus de 16 ans), beaux-parents	3 jours ouvrables	La mention de maladie très grave doit figurer sur le certificat médical.
Mariage ou PACS d'un enfant	1 jour ouvrable	Le jour du mariage ou du PACS. Cette absence n'est pas récupérable lorsque le mariage a lieu pendant le congé annuel de l'agent. Un lien direct de parenté avec l'enfant doit être établi.
Décès d'un parent ou allié du deuxième degré (frère, sœur, beau-frère,	1 jour ouvrable	Le jour des obsèques.

belle-sœur, grands - parents, petits-enfants)		
---	--	--

Conditions d'application	<p>Les autorisations spéciales d'absence sont normalement accordées aux seuls agents titulaires, stagiaires et contractuels. Les autorisations spéciales d'absence correspondent à des situations de faits très dissemblables et peuvent obéir à des règles différentes :</p> <ul style="list-style-type: none">elles sont le plus souvent subordonnées aux nécessités de service,elles ne sont pas de droit,elles peuvent donner lieu à un abattement sur la prime de service. <p>Le temps passé en autorisations spéciales d'absence est rémunéré. Les demandes sont visées par le responsable du service, puis, accompagnées d'un justificatif, adressées à la Direction des Ressources Humaines.</p> <p>Les agents ne peuvent bénéficier des autorisations que pour les jours où ils travaillent effectivement et pendant leurs heures de service. Les agents à temps partiel ont droit aux mêmes autorisations que les agents à temps plein au prorata de la durée de leur activité à temps plein.</p>
--------------------------	---

FICHE N°3.2 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR ENFANT MALADE

Références Statutaires	<p>Note ministérielle du 20 juillet 1982</p> <p>Circulaire n°84/DH/8D/58 du 7 décembre 1984 relative aux autorisations d'absence pouvant être accordées au personnel des établissements mentionnés à l'article L 792 du Code de la Santé Publique pour soigner un enfant malade ou en assurer momentanément la garde.</p>
------------------------	---

Principes Généraux	<p>Le nombre de jours d'autorisations d'absence pour enfant malade est accordé par famille, quelque soit le nombre d'enfants et sous réserve des nécessités de service. Les bénéficiaires doivent fournir à la direction des ressources humaines un certificat médical justifiant la présence d'un des parents auprès de l'enfant.</p> <p>Chaque agent travaillant à temps plein pourra bénéficier d'autorisation d'absence dont la durée totale ne pourra dépasser les obligations hebdomadaires de service plus un jour (6 jours ouvrés). Pour les agents à temps partiel les droits sont les mêmes mais au prorata du taux d'activité. Toutefois, l'agent pourra bénéficier de 12 jours d'absence s'il apporte la preuve :</p> <ul style="list-style-type: none">qu'il assure seul la charge de l'enfantque son conjoint ne bénéficie pas son emploi, d'aucune autorisation d'absence rémunérée pour soigner son enfant ou pour en assurer momentanément la garde. <p>L'âge limite de l'enfant ouvrant droit à autorisation d'absence est de 16 ans (date anniversaire), aucune limite d'âge n'étant fixée pour les enfants handicapés.</p> <p>Ces autorisations sont accordées par année civile et par famille quel que soit le nombre d'enfants.</p> <p>Aucun report des jours d'une année sur l'autre ne peut être autorisé.</p> <p>Ces journées d'absence pour enfant malade sont valorisées à 7h00 pour les agents de jour à temps plein et à 6h30 pour les agents de nuit à temps plein. Elles sont déductibles de la prime de service.</p>
--------------------	---

Durée normale	Situation	Temps de Travail L'autorisation d'absence est proportionnelle à la quotité de temps de travail	
		100% 7 heures	80% 5 heures 30
		50%	3 heures 30
Durée :	Temps de Travail		
Situations particulières :	100%	80%	50%
- L'agent assure seul la charge de l'enfant - Le conjoint ne bénéficie d'aucune autorisation d'absence de cette nature (attestation de l'employeur du conjoint)	12 fois la quotité quotidienne	10 fois la quotité quotidienne	6 fois la quotité quotidienne
- Le conjoint bénéficie d'une autorisation d'absence d'une durée	12 fois la quotité quotidienne moins la durée maximale dont bénéficie le conjoint	10 fois la quotité quotidienne moins la durée maximale dont bénéficie le conjoint	6 fois la quotité quotidienne la durée

inférieure à celle dont bénéficia l'agent			maximale dont bénéficie le conjoint
- les deux conjoints sont agents hospitaliers les autorisations peuvent être réparties entre eux à leur convenance compte tenu de la quotité de temps de travail de chacun d'eux.	12 fois la quotité quotidienne répartie entre les deux agents à leur convenance	En fonction de la quotité de temps de travail	En fonction de la quotité de temps de travail
- L'agent est le seul des deux conjoints à bénéficier des autorisations d'absence et les prend en une seule fois.	15 jours consécutifs (samedi et dimanche compris)	Au prorata de la quotité de temps de travail	
Les autorisations d'absence accordées pour garder un enfant malade sont considérées comme temps de travail effectif.			

Mise en pratique	Etablir la demande à l'aide d'un imprimé sur Qual'net « RH-ABSEN-E-001 » (mot clé : « ABSENCE ») visé par le cadre de service et retournée à la Direction des Ressources Humaines avec le justificatif.
------------------	---

FICHE N°3.3 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR LES REPRESENTANTS DES PARENTS D'ELEVES

Référence Statutaire	Circulaire DH/FH/97-748 du 28 novembre 1997 relative aux autorisations spéciales d'absence susceptibles d'être accordées aux agents des établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux publics, parents d'élèves.
----------------------	---

Principes Généraux	<p>Des autorisations spéciales d'absence sont accordées, sur présentation de la convocation, dans la mesure où elles sont compatibles avec le fonctionnement normal et la continuité du service :</p> <p><u>aux agents élus</u> représentants des parents d'élèves et délégués de parents d'élèves pour participer aux réunions suivantes :</p> <p>dans les écoles maternelles ou élémentaires, réunions des comités de parents et des conseils d'école,</p> <p>dans les collèges, lycées et établissements d'éducation spécialisée, réunions des commissions permanentes, des conseils de classe et des conseils d'administration.</p> <p><u>aux agents désignés</u> pour assurer, dans le cadre d'une commission spéciale placée sous l'autorité d'un directeur d'école, l'organisation et le bon déroulement des élections des représentants des parents d'élèves aux conseils d'école.</p> <p>Cette autorisation d'absence est limitée à la durée de la réunion et aux délais de route.</p>
--------------------	---

FICHE N°3.4 : AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL POUR LA RENTREE SCOLAIRE

Références Statutaires	Instruction Ministérielle et note de Service de la D.R.H. Circulaire n° FP du 07/08/2008 relative aux facilités d'horaires accordés aux pères ou mères de famille fonctionnaires et employés des services publics à l'occasion de la rentrée scolaire
Les Principes Généraux	Elles peuvent être accordées aux pères ou mères de famille ainsi qu'aux personnes ayant, seules, la charge d'un ou de plusieurs enfants, et que le ou les enfants soient inscrits ou doivent s'inscrire dans un établissement d'enseignement pré élémentaire ou élémentaire et les entrées en sixième. Ces facilités d'horaires n'ont pas la nature d'autorisation d'absence mais celle d'un simple aménagement d'horaire, accordé ponctuellement. Il convient de préciser que si de telles facilités sont accordées, elles peuvent faire l'objet d'une récupération en heures, sur décision du chef de service concerné.

FICHE N°3.5 : AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL POUR ACCOMPAGNER UN ENFANT A UNE VISITE MEDICALE

Référence statutaire	Article L 191 du Code de la Santé publique
Principes généraux	<p>Au cours de leur 6ème année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale.</p> <p>Les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants et peuvent bénéficier de facilités d'horaires compte tenu des nécessités de service.</p> <p>Les heures accordées dans le cadre de l'aménagement du temps de travail pour accompagner un enfant à une visite médicale sont considérées comme temps personnel et doivent être rendues.</p>

FICHE N°3.6 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR CURE THERMALE

Référence statutaire	Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B/2012/70 du 9 février 2012
Principes généraux	Un congé de maladie peut être accordé pour effectuer une cure thermale à la condition que la cure soit rendue nécessaire par une maladie dument constatée qui aurait pour effet de mettre l'agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions si le traitement thermal prescrit n'était pas effectué en temps utile. Dans le cas contraire l'agent devra effectuer sa cure thermale dans le cadre d'un congé annuel ou d'une période de disponibilité pour convenance personnelle, à une date compatible avec les nécessités de la continuité du service.

Organisation	<p>Le fonctionnaire hospitalier doit obtenir, l'accord de la caisse primaire d'assurance maladie pour le remboursement des prestations en nature et l'octroi d'un congé de maladie accordé par l'employeur après avis du médecin agréé ou du comité médical.</p> <p>Une expertise est demandée auprès d'un médecin expert agréé afin que ce dernier vérifie : que sur le plan strictement médical, cette cure est liée au traitement d'une maladie dûment constatée mettant le fonctionnaire dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions ou susceptible de le conduire à cette situation,</p> <p>que cette cure thermale est un traitement indispensable avec un caractère d'urgence confirmé ou si elle relève d'un traitement d'entretien avec possibilité d'être fait pendant les congés annuels légaux ou pendant une période de disponibilité.</p> <p>Le dossier de l'intéressé est soumis au comité médical. Le procès-verbal de séance est ensuite envoyé à l'établissement.</p> <p>Les soins, les frais de séjour du curiste, les frais de déplacement, sont pris en charge par l'employeur pour les cures consécutives à un accident de service ou maladie professionnelle.</p>
--------------	---

FICHE N°3.7 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR LA REMISE DE LA MEDAILLE DU TRAVAIL

Références	<p>Note d'information</p> <p>Lettre d'invitation adressée à l'agent.</p> <p>Attribution des médailles :</p> <p>argent : 20 ans de services publics vermeil : 30 ans de services publics or : 35 ans de services publics</p> <p>La réglementation prévoit que la médaille est attribuée sur demande des agents. L'établissement a fait le choix de proposer la médaille aux agents qui peuvent en bénéficier. La médaille du travail récompense les agents des services rendus dans le cadre de leurs fonctions.</p>
------------	---

Agents concernés	Lorsque la cérémonie de remise des médailles coïncide avec un jour de travail, l'agent bénéficiaire de la médaille est autorisé à s'absenter pour s'y rendre.
------------------	---

FICHE N°3.8 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR FÊTES RELIGIEUSES

Références statutaires	Lettre ministérielle du 28 janvier 2002 et circulaire n°280/DH4/4 du 22 décembre 1977 Cette lettre ministérielle rappelle chaque année les jours concernés.
Principes généraux	Les principales fêtes catholiques et protestantes sont prises en compte au titre du calendrier des fêtes légales. Les membres de la communauté arménienne, orthodoxe, musulmane, bouddhiste et juive peuvent aussi se voir accorder des autorisations d'absence dans la mesure où celles-ci sont compatibles avec le fonctionnement du service.

FICHE N°3.9 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR LES DONS DU SANG

Abrogé par décret 2003-462 le 21 mai 2003 JO 27/05/2003

FICHE N°3.10 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR JURY D'ASSISES

Référence Statutaire	Lettre DH/FH1 n° 24884 du 1er mars 2000 concernant la position statutaire d'un agent participant à un jury d'assises
----------------------	--

Principes Généraux	<p>Les agents convoqués comme juré d'assise (ou juré populaire) ou cités comme témoins devant une juridiction répressive bénéficient de droit d'autorisations d'absence.</p> <p>La rémunération des agents est maintenue. Toutefois, ils bénéficient de la part de l'État d'une indemnité que leur administration peut déduire de leur rémunération.</p> <p>L'obligation d'assister à un jury de cour d'assises est une obligation d'ordre public s'imposant au citoyen qui a été désigné.</p> <p>Ce dernier ne peut s'y soustraire ; sauf à encourir des sanctions pécuniaires à travers le versement d'amende.</p> <p>Une autorisation spéciale d'absence est donc accordée aux agents appelés pour siéger dans un jury de cour d'assises.</p> <p>La durée est égale à la durée d'une session de Cour d'Assises.</p> <p>L'agent doit présenter une convocation (délivrée par les services de police ou de gendarmerie).</p> <p>Les autorisations d'absence accordées pour participer aux jurys de Cour d'Assises sont considérées comme temps de travail effectif.</p>
--------------------	--

--	--

FICHE N°3.11 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR LES CANDIDATS A UNE FONCTION ELECTIVE

Référence statutaire	Circulaire DH/FH1 n° 98-152 du 6 mars 1998 relative aux dispositions applicables aux fonctionnaires et agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière, candidats à une fonction publique élective.
Principes généraux	Les agents titulaires et non titulaires peuvent bénéficier de FACILITES DE SERVICE pour participer aux campagnes électorales, dans les limites suivantes : 20 jours maximum pour les élections présidentielles, législatives, sénatoriales et européennes, 10 jours pour les élections régionales, cantonales et municipales.

	<p>Ces facilités pourront être accordées :</p> <p>soit par imputation sur les droits à congés annuels à la demande de l'agent,</p> <p>soit par report d'heures de travail d'une période sur une autre, si l'imputation sur les congés annuels n'est pas possible.</p> <p>Cet aménagement du temps de travail, qui doit être accepté par les agents candidats à une élection et être organisé sur une période de temps la mieux adaptée, ne devra pas entraîner de perturbations dans le fonctionnement du service.</p> <p>Les candidats aux élections peuvent demander à être placés en position de disponibilité pour convenances personnelles ou en congé non rémunéré s'il s'agit de stagiaires ou d'agents non titulaires, au-delà des 20 ou 10 jours prévus ci-dessus. L'agent concerné sera réintégré automatiquement à la suite du scrutin.</p>
--	--

FICHE N°3.12 : AUTORISATION D'ABSENCE ET CREDIT D'HEURES POUR L'EXERCICE D'UNE FONCTION ELECTIVE

Références statutaires	<p>Circulaire DH/8D n° 315 du 20 décembre 1989 relative aux autorisations spéciales d'absence pouvant être accordées aux fonctionnaires des établissements visés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, occupant des fonctions publiques électives.</p> <p>Loi n°92-108 du 3 février 1992</p> <p>Décret n° 92-1205 du 16 novembre 1992 fixant les modalités d'exercice par les titulaires de mandats locaux de leurs droits en matière d'autorisations d'absence et de crédit d'heures.</p> <p>Code Général des Collectivités Territoriales (Partie Réglementaire).</p>
------------------------	---

Principes généraux	<p>Une distinction doit être opérée suivant que le mandat électif dont est investi l'agent comporte ou non des obligations ne lui permettant pas d'assurer son service. L'agent peut être placé en détachement (député ou sénateur) ou solliciter une mise en disponibilité.</p> <p>Les agents occupant des mandats locaux bénéficient d'autorisations d'absence (sur production de justificatif) et, le cas échéant, ils ont droit à un crédit d'heures.</p> <p>Les autorisations d'absence ne sont pas rémunérées, de même que le crédit d'heures.</p>
--------------------	--

FICHE N°3.13 : AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL POUR LA FORMATION DES SAPEURS POMPIERS VOLONTAIRES

Références statutaires	<p>Circulaire du 28 septembre 1993 relative au régime applicable en matière de formation et de disponibilité opérationnelle aux agents ayant la qualité de sapeur-pompier volontaire et relevant respectivement des statuts de la Fonction Publique de l'Etat, Territoriale et Hospitalière.</p> <p>Loi n° 96-370 du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers</p> <p>Circulaire du 19 avril 1999 relative au développement du volontariat en qualité de sapeur-pompier parmi les personnels des administrations et des entreprises publiques.</p>
------------------------	---

Principes généraux	<p>Les agents qui sont sapeurs-pompiers volontaires peuvent bénéficier d'autorisations d'absence exceptionnelles, afin de participer aux opérations et aux activités de formation qui interviennent sur leur temps de travail, sous réserve de ne pas compromettre la qualité des soins et de la sécurité.</p> <p>Les agents en font la demande écrite au Directeur des Ressources Humaines sous couvert du responsable de service accompagnée de la convocation du Corps des Sapeurs-Pompiers. Cette demande est présentée aussitôt que l'agent dispose de sa convocation ; elle peut être refusée pour raison de service.</p>
Durée des absences pour formation	<p>10 jours par an pendant les 3 premières années de l'engagement pour suivre la formation initiale.</p> <p>5 jours par an pour les formations de recyclage.</p>

Rémunération	La rémunération principale demeure due pendant les interventions survenant au cours du service et, en cas d'accident en service du feu, le traitement et les indemnités continuent à être versés.
--------------	---

FICHE N°3.14 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR GROSSESSE

Référence statutaire	Circulaire n° DH/FH1/DAS/TS3 n° 96-152 du 29 février 1996 relative au congé de maternité ou d'adoption et aux autorisations d'absence liées à la naissance pour les fonctionnaires, les agents stagiaires et les agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n° 86-33 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière.
Bénéficiaires	Les agents titulaires, stagiaires et contractuels travaillant à temps plein ou à temps partiel peuvent bénéficier d'autorisations liées à l'état de grossesse.
Ouverture des droits	<p>Il faut présenter un certificat médical avant la fin du 3ème mois attestant l'état de grossesse. L'agent peut alors bénéficier d'autorisations d'absence et de facilités d'horaires pour bénéficier de l'heure de grossesse.</p> <p>Les droits sont ouverts en fonction de la date présumée d'accouchement inscrite sur le certificat médical obligatoire qui doit être fourni à l'employeur avant la fin du 4ème mois de grossesse.</p>

Aménagements d'horaires et de service	<p>Ils peuvent être accordés en fonction des nécessités du service par le responsable à compter du 3ème mois de grossesse dans la limite d'une heure par jour maximum, laquelle devra être prise en début, en fin de poste ou en cours de vacation.</p> <p>Pour les personnels de nuit, toute facilité doit être allouée par le cadre pour permettre cet aménagement d'horaires ou opérer une permutation de service ou faciliter le retour en poste de jour avec l'accord de l'intéressée.</p> <p>La demande doit être adressée à la Direction des Ressources Humaines accompagnée d'un certificat médical mentionnant la date présumée de l'accouchement</p> <p>Cette heure n'est pas cumulable et ne peut donc être reportée d'un jour sur l'autre.</p>
---------------------------------------	--

Séances préparatoires à l'accouchement et examens médicaux obligatoires	<p>Lorsque les séances préparatoires à l'accouchement ne peuvent avoir lieu en dehors des heures de service, des facilités de service peuvent être accordées par le responsable de service au vu des pièces justificatives et sur avis du médecin du travail.</p> <p>Des autorisations d'absence sont accordées pour les examens médicaux obligatoires sous réserve des pièces justificatives (Art. L 154 du Code de la Santé Publique).</p> <p>Les autorisations d'absence accordées et liées à une grossesse sont considérées comme temps de travail effectif.</p>
Allaitement	<p>Possibilité d'autorisation d'absence, dans la mesure où l'établissement dispose d'une organisation appropriée à la garde des enfants dans la limite d'une heure par jour à prendre en deux fois.</p> <p>Il ne s'agit pas d'un congé mais d'une autorisation d'absence qui ne peut être accordée que si la garde de l'enfant est assurée dans une structure prévue à cet effet dans l'établissement ou à proximité immédiate de celui-ci (crèche, domicile...).</p>

FICHE N°3.15 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR EXAMENS DEMANDES PAR LA MEDECINE DU TRAVAIL

Référence Statutaire	Articles R. 242-15, R.242-17, R.242-18, R.242-23 CDT
Principes Généraux	Les agents bénéficient d'un suivi médical par le service de médecine du travail de l'établissement (visite annuelle, vaccinations, radio, examens complémentaires, ...).
Organisation	Les agents reçoivent une convocation pour la visite médicale. Cette visite peut avoir lieu sur le temps de travail. La date et l'heure de la visite doivent apporter le minimum de gêne dans le service. Si la visite se déroule en dehors du temps de travail, le temps de trajet et de la visite sont assimilés à du temps de travail et donnent lieu à récupération. Dans ce cas, les frais de déplacement sont pris en charge par l'établissement.

FICHE N°3.16 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR PARTICIPER A UN JURY D'EXAMENS OU CONCOURS DANS LE CADRE DE LA FORMATION OU PROMOTION PROFESSIONNELLE

Principes Généraux	Les agents peuvent être sollicités en qualité de membre d'un jury d'exams ou de concours (exemple : jury épreuve baccalauréat, jury IFCS)
Procédure	Présentation de la convocation et demande d'autorisation d'absence, visée par le responsable de l'agent, à la Direction des Ressources Humaines qui statue. Les autorisations d'absence accordées pour participer à un jury d'examen ou de concours sont considérées comme temps de travail effectif.

FICHE N°3.17 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR PARTICIPER A UN JURY DE CONCOURS DE LA FONCTION PUBLIQUE OU EN QUALITE DE MAITRE DE STAGE

Référence Statutaire	Décret 2013-908 du 10 octobre 2013
----------------------	------------------------------------

Principes Généraux	Les agents peuvent être sollicités pour participer à un jury de concours de la fonction publique, ou en qualité de maître de stage d'un étudiant accueilli dans l'établissement ou pour être membre de jury d'examen.
Procédure	<ul style="list-style-type: none">- Participation en qualité de membres d'un jury d'un concours de la fonction publique : autorisation d'absence à demander, indemnités de déplacement et de jury prises en charge par l'établissement demandeur- Participation à un jury en qualité de maître de stage d'un étudiant accueilli dans l'établissement : autorisation d'absence à demander via le formulaire d'ordre de mission ponctuel (imprimé Qual'net : « RH-PAYE-I-002 », mot clé : « ORDRE DE MISSION »)- Autre jury d'examen ou professionnel : sur temps personnel, frais de déplacement et indemnités versés par l'organisme organisateur.

FICHE N°3.18 : AUTORISATION D'ABSENCE POUR RESERVE MILITAIRE

Référence Statutaire	Néant
----------------------	-------

Principes généraux	<p>Le réserviste opérationnel a le droit à des jours d'absence de son emploi pour les périodes où il sert dans la réserve. Il peut s'absenter jusqu'à 60 jours (210 jours en cas de circonstances exceptionnelles) si la durée des activités le justifie.</p> <p>Dès lors que les activités accomplies pendant le temps de travail dépassent 5 jours par an, le réserviste doit obtenir l'accord de son employeur, sauf si le réserviste suit une formation professionnelle.</p> <p>Le réserviste qui accomplit son service pendant son temps de travail doit prévenir l'employeur de son absence un mois au moins avant son départ.</p> <p>L'employeur peut refuser d'accorder ce congé au réserviste, mais il doit alors motiver sa décision et la lui notifier, ainsi qu'à l'autorité militaire, dans un délai de 15 jours.</p> <p>Lorsqu'il sert dans la réserve, le contrat de travail du réserviste est suspendu.</p> <p>Il doit retrouver son emploi à son retour.</p> <p>Par ailleurs, il ne peut faire l'objet d'un licenciement, d'un déclassement professionnel ou d'une sanction disciplinaire parce qu'il est engagé dans la réserve.</p> <p>Les fonctionnaires, lorsqu'ils exercent une activité dans la réserve opérationnelle, sont placés en position d'accomplissement du service national et des activités dans la réserve opérationnelle lorsque la durée des services effectifs est inférieure ou égale à trente jours par année civile, en position de détachement pour la période excédant cette durée.</p> <p>Le fonctionnaire qui accomplit une période d'activité dans la réserve opérationnelle d'une durée inférieure ou égale à 30 jours cumulés par année civile</p>
--------------------	--

8.2 FICHE N°3.19 : AUTORISATION D'ABSENCE DANS LE CADRE D'UNE ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Référence Statutaire	Circulaire du 24 mars 2017 (RDFF1708829C)
----------------------	---

Principes généraux	<p>Sous réserve des nécessités de service, les employeurs publics peuvent accorder aux agentes publiques des autorisations d'absence pour les actes <u>médicaux</u> nécessaires à l'assistance médicale à la procréation (PMA).</p> <p>L'agent public, conjoint de la femme bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation, ou lié à elle par un pacte civil de solidarité, ou vivant maritalement avec elle, peut bénéficier sous réserve des nécessités de service, d'une autorisation d'absence pour prendre part à trois au plus de ces actes médicaux nécessaires à chaque protocole d'assistance médicale à la procréation.</p> <p>La durée de l'absence est proportionnelle à la durée de l'acte médical reçu.</p> <p>Ces autorisations d'absence rémunérées sont incluses dans le temps de travail effectif, notamment pour le calcul des droits à jours de réductions du temps de travail. Elles sont assimilées à une période de services effectifs.</p>
--------------------	--

Chapitre 4 : ASTREINTES

FICHE N°4.1 : ASTREINTES

Références statutaires	Arrêté du 30 juin 2003 modifiant l'arrêté du 24 avril 2002 fixant la liste des corps et grades ou emplois autorisés à réaliser des astreintes dans les établissements hospitaliers. Circulaire DHOS/P1 n°2002-240 du 18 avril 2002.
Définition	<p>Une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, qui n'est pas sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement.</p> <p>Ces temps d'astreinte ne sont pas du temps de travail effectif.</p> <p>Les temps de déplacement et d'intervention sont considérés comme temps de travail effectif.</p> <p>La durée de l'astreinte ne peut excéder 72 heures pour 15 jours.</p> <p>Un même agent ne peut participer au fonctionnement du service d'astreinte que dans la limite d'un samedi, d'un dimanche et d'un jour férié par mois.</p>

Services concernés - temps de déplacement	<p>Bloc opératoire : 15 mn</p> <p>Cadres de santé : 60 mn (dimanche et jours fériés)</p> <p>Administration : 30 mn</p> <p>Informatique : 30 mn</p> <p>Services techniques : 15 mn</p> <p>Astreintes tortues : 30 mn</p> <p>Stérilisation (dimanches et week-end de 3 jours, l'après-midi de 13h30 à 14h30) : 30 mn</p>
	<p>Les personnels en astreinte disposent d'équipements de réception d'appel (Bip ou téléphone mobile).</p>
Modalités de compensation	<p>Le temps d'intervention effectivement travaillé est payé en totalité, temps de trajet compris, au taux horaire correspondant.</p> <p>Le temps passé en astreinte donne lieu soit à compensation horaire, soit à indemnisation.</p> <p>La compensation horaire est fixée au quart ou au tiers de la durée totale de l'astreinte à domicile.</p> <p>L'indemnisation horaire correspond au quart ou au tiers de la valeur de l'indice brut de traitement de l'agent dans la limite de l'indice brut 638 soit l'indice majoré 534.</p>

Chapitre 5 : SEJOURS THERAPEUTIQUES

FICHE N°5.1 : SEJOURS THERAPEUTIQUES

Définition	Est appelé « séjour thérapeutique », tout groupe de malades encadré de personnel soignant, qui résident, pour un temps minimum de 24 heures (entraînant un découché) hors de l'institution ou des différentes structures de soins.
Organisation	Par le cadre du service concerné.

Modalités de récupération pour séjour thérapeutique	<p>La journée est découpée en 3 tranches :</p> <ul style="list-style-type: none">• La 1ère tranche de 7h30 correspond à celle où l'agent aurait normalement travaillé (et ne donne donc pas lieu à récupération) : 1^{ère} tranche : 12 heures de travail effectif (proposition groupe),• La 2ème tranche de 7h30 donne lieu à une récupération de 3h45, système astreinte payée au ¼ et récupérée au ¼,• La 3ème tranche de 9h est considérée comme une période de nuit, il est donc octroyé l'indemnité de nuit de nuit selon le taux en vigueur.
---	--

Chapitre 6 : FORMATION

FICHE N°6.1 : PLAN DE FORMATION

Décret du n° 90-319 du 5 avril 1990 modifié par le Décret n°2001-164 du 20 février 2001 et par le Décret n°2003-759 du 1er août 2003 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière.

Décret n°92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique hospitalière.

Décret n°2008-824 du 21-08-2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

La formation professionnelle continue des agents a pour but de maintenir ou de parfaire leur qualification professionnelle, d'assurer leur adaptation à l'évolution technique et des conditions de travail et de favoriser leur promotion sociale et leur contribution culturelle, économique et sociale.

Ces mesures s'appliquent aux agents titulaires, stagiaires et aux contractuels.

Le temps de formation est du temps de travail effectif → les agents sont en position d'activité.

Les agents sont tenus de suivre l'ensemble de la formation.

Pendant le temps de formation : Maintien de la totalité du traitement,

- + des indemnités à caractère familial,
- + des primes et indemnités non liées à des sujétions concrètes de travail.

1° ACTIONS DE PREPARATION AUX CONCOURS ET EXAMENS

8.2.1.1.1 Objectif	permettre une promotion ou l'entrée dans une école de la Fonction Publique Hospitalière. Exemple : préparation aux divers concours administratifs, professionnels...
8.2.1.1.1.1 Conditions de participation	L'agent doit satisfaire au processus de sélection mis en place dans l'établissement.
Temps de travail et modalités	Décharge partielle pour la préparation (50% de temps de travail, 50% de travail personnel) et totale pour la durée du concours. Prise en charge des frais de déplacement.

2° ACTIONS D'ADAPTATION

Objectif	Faciliter soit la titularisation, soit l'accès à un nouvel emploi, soit le maintien de la qualification requise dans l'emploi occupé. Ces formations correspondent à des besoins collectifs ou individuels de perfectionnement.
-----------------	--

	Exemple : l'agent peut parfaire ses connaissances dans des domaines particuliers : hygiène, manutention, soins, changement d'affectation, informatique...
Conditions de participation	Sur demande motivée de l'agent et sous réserve des nécessités du service.
Temps de travail et modalités	Sur le temps de travail. Prise en charge des frais de déplacement.

3° ETUDES PROMOTIONNELLES

Objectif	Elles débouchent sur l'accès aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé publique. Exemple : diplômes paramédicaux, socio-éducatifs, médico-techniques.
Conditions de participation	Sur demande de l'agent en fonction des besoins d'effectif lié à la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC).
Temps de travail	A temps plein sur le temps de travail.
Modalités	Les frais de déplacement entre le lieu d'enseignement et la résidence personnelle sont remboursés sur la base d'un aller retour journalier (tarif SNCF 2 ^{ème} classe) et d'un repas journalier dans la limite de 7,62 € sur présentation des justificatifs correspondants. Les frais de déplacement entre la résidence personnelle et le lieu du stage, de même que les indemnités de stage ne seront pas remboursés.

	Prise en charge des frais de scolarité. La rémunération est maintenue (traitement de base, SFT, indemnité de sujexion)
Engagement de servir	Signature d'un engagement de servir dont la durée correspond à 3 fois la durée des études entreprises dans la limite de 5 ans dans l'établissement. Pas d'engagement de servir pour les diplômés de catégorie C.
Congés annuels	Les agents en promotion professionnelle sont soumis au régime de congé de l'établissement d'origine. Cependant avant leur entrée dans cette école, ils peuvent prétendre aux congés annuels auxquels ils ont droit au prorata de leur temps d'activité de présence dans l'établissement. Au terme de la scolarité, ils peuvent prétendre aux congés annuels au prorata du temps d'activité restant à effectuer entre leur date de sortie et le 31 décembre de l'année en cours concernée.

4° ACTIONS DE RECONVERSION

Objectif	Permettre d'accéder à des emplois exigeant une qualification nouvelle ou à des activités professionnelles différentes : il s'agit de toutes les actions de formation entraînées par des changements d'emploi réalisés à l'initiative de l'établissement avec l'accord de l'agent. Ces actions peuvent déboucher sur des compétences différentes sans nécessairement provoquer un changement de grade.
-----------------	---

	Exemple : restructurations, fermeture de services, reclassement...
Conditions de participation	Sur demande de l'établissement ou sur demande de l'agent.
Temps de travail	Sur le temps de travail.

FICHE N°6.2 : ACTIONS DE FORMATIONS CHOISIES PAR LES AGENTS EN VUE DE LEUR FORMATION PROFESSIONNELLE, C.F.P., C.P.F.

Les agents ont la possibilité de demander : **un congé de formation professionnelle.**

Références statutaires	Décret n°2001-164 du 20 février 2001 modifiant le décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière et les conditions de prises en charge du Congé de Formation Professionnel (C.F.P.). Décret n°2008-824 du 21-08-2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière (article 30)
Objectif	<p>Permettre aux agents de suivre, à leur initiative et à titre individuel, des formations distinctes de celles faisant partie du plan de formation de l'établissement dans lequel ils exercent leur activité ou pour une réorientation professionnelle.</p> <p>Exemple : diplômes scolaires, professionnels ou universitaires, actions de formations qualifiantes.</p> <p>L'agent doit trouver la formation correspondant à ses souhaits, ainsi que l'organisme qui la réalisera. Cette étape lui permet de construire son projet personnel.</p>

Champs d'application, bénéficiaires	Le congé de formation ne peut être accordé que si l'agent (titulaire ou non titulaire) a accompli au moins 3 ans de services effectifs dans les établissements de la fonction publique hospitalière.
Durée	La durée totale de ce congé ne peut excéder 3 ans sur l'ensemble de la carrière . Il peut être utilisé en une seule fois ou de manière discontinue.
Demande	<p>La demande de congé de formation doit être adressée au Directeur de l'Etablissement 60 jours avant le début de la première cession.</p> <p>Cette demande doit porter mention de cette date et préciser la durée du congé demandé.</p> <p>Le Directeur doit faire connaître sa décision dans les 30 jours qui suivent la réception de la demande</p>
Fin du congé de formation	L'agent qui a bénéficié d'un congé de formation reprend dans son établissement d'origine, au terme de son congé, un emploi correspondant à son grade avant son départ en congé formation professionnelle ou, pour le non titulaire, de niveau équivalent à celui de l'emploi qu'il occupait.

Rémunération	<p>L'indemnité de congé de formation correspond à 85% du traitement indiciaire perçu au moment de la mise en congé et pendant 12 mois maximum. Elle est portée à 100% pour les agents de catégorie C.</p> <p>Les frais d'hébergement, de déplacement et le matériel pédagogique sont pris en charge par l'ANFH.</p> <p>La période indemnisée peut être au maximum de 12 mois. Toutefois, si la formation est d'une durée effective égale ou supérieure à 2 ans, l'indemnité peut être versée par l'ANFH au-delà des 12 mois, mais dans une limite de 24 mois.</p>
Engagement de servir	<p>Le versement de l'indemnité implique un engagement de servir dans un établissement public pendant une période dont la durée est égale au triple de celle indemnisée dans la limite de 5 ans.</p>

FICHE N°6.3 : ABSENCE POUR ACTION DE FORMATION

AGENT QUI PARTICIPE A UNE FORMATION

L'agent en formation est considéré en travail effectif (nécessité de négocier des changements d'équipe ou d'horaires ; dans l'hypothèse d'une impossibilité, les heures sont récupérables).

AGENT QUI ANIME UNE FORMATION

Dans le cadre d'une formation animée par un formateur interne, ces formations peuvent se dérouler en fonction des nécessités de service sur le temps de travail ou temps personnel. Dans ce cas, elles peuvent donner lieu à rémunération.

FICHE N°6.4 : COMPTABILISATION DE LA FORMATION CONTINUE DANS LES CALCULS DE LA BALANCE HORAIRE

	Durée de la Formation
Personnels de Jour	<p>Pour un agent posté, ou en journée, ou en repos, qu'il exerce ses fonctions à temps plein ou à temps partiel, une journée de formation équivaut à 7h30.</p> <p>Si la formation a lieu en dehors du temps de travail et a une durée inférieure à une demi-journée, le temps est comptabilisé à hauteur de la durée réelle de formation.</p>
Personnels fixes de nuit	<p>Chaque journée de formation équivaut à 7h30 quel que soit le planning prévisionnel de l'agent (agent en repos hebdomadaire, en repos compensateur, ou en journée de formation se substituant à une ou deux nuits prévisionnelles).</p> <p>Dans le cas de formations plus courtes (inférieures à 4 heures) le temps est comptabilisé à hauteur de la durée réelle de la formation.</p>
Personnels à horaires variables	<p>Chaque journée de formation est valorisée à raison de 7h30.</p> <p>Dans toute la mesure du possible, les responsables de service opèrent une modification des plannings prévisionnels afin d'inclure la formation dans un cycle horaire de jour.</p>

	Dans le cas de formations plus courtes (inférieures à 4 heures) le temps est comptabilisé à hauteur de la durée réelle de la formation. Chaque journée de formation est valorisée à raison de 7h30.
Déplacement	Le temps de déplacement aller-retour est décompté de la manière suivante : inférieur à 4 heures (non récupérable), compris entre 4 heures et 8 heures (récupérable à moitié de la durée du trajet), supérieur à 8 heures (Récupérable 4 heures). Le temps de déplacement dans les grandes villes (Paris, Nantes, Rennes, Poitiers) est comptabilisé forfaitairement à ½ heure.

FICHE N°6.5 : BILAN DE COMPETENCES

Référence Statutaire	<p>Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002.</p> <p>Décret n°2003-759 du 1er août 2003 modifiant le Décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière.</p> <p>Décret n°2008 – 824 du 21 aout 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière (articles 25 à 27)</p>
Principes Généraux	Les agents ont la possibilité de demander à bénéficier d'un bilan de compétences. Il peut être accordé dans la limite des crédits disponibles de l'ANFH. Les agents bénéficient sur demande d'un congé pour bilan de compétences qui ne peut excéder 24 heures du temps de travail.
Objectifs	Permettre d'identifier et d'analyser les compétences professionnelles et personnelles des agents, ainsi que leurs aptitudes et motivations afin de définir un projet professionnel. Les résultats sont la propriété exclusive de l'agent.
Bénéficiaires	<p>Les agents justifiant d'au moins 2 ans de service effectifs consécutifs ou non en qualité d'agent titulaire de la fonction publique hospitalière.</p> <p>Le bilan de compétences est accordé ou refusé après étude du dossier par l'ANFH.</p> <p>Un agent ayant réalisé un bilan de compétences ne peut prétendre au bénéfice d'un nouveau bilan avant l'expiration d'un délai de 5 ans.</p>

Demande	<p>Si l'agent souhaite réaliser le <u>bilan de compétence sur son temps de travail</u>, il doit solliciter auprès du Centre Hospitalier une autorisation d'absence 60 jours avant le début du bilan.</p> <p>Le Directeur doit faire connaître sa réponse 30 jours au maximum après réception de la demande.</p> <p>Cette autorisation d'absence ne peut être refusée, mais elle peut faire l'objet d'un report de 6 mois maximum.</p> <p>Le traitement et les primes sont maintenus.</p> <p>L'agent peut également choisir de réaliser le <u>bilan de compétences sur son temps personnel</u> et donc sans demander d'autorisation d'absence.</p> <p>Le bilan de compétence peut également se faire sous forme de DIF.</p>
Durée	24 heures maximum réparties ou non sur plusieurs semaines.

FICHE N°6.6 : VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE

Références statutaires	<p>Décret n°2002-615 du 26 avril 2002 pris pour l'application de l'article 900-1 du code du travail et des articles L.335-5 et L.335-6 du code de l'éducation relatif à la validation des acquis de l'expérience pour la délivrance d'une certification professionnelle.</p> <p>Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide – soignant, préparateur en pharmacie.</p>
-------------------------------	---

	Décret n°2008 – 824 du 21 aout 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière (article 28)
Objectif	<p>Reconnaitre l'expérience acquise pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - obtenir tout ou partie d'un diplôme ou titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification, - accéder à un cursus de formation, sans justifier du niveau d'études ou des diplômes et titres normalement requis. <p>Un diplôme obtenu par la VAE correspond et a la même valeur qu'un diplôme obtenu par la voie traditionnelle.</p>
Bénéficiaires	Agents justifiant au total d'au moins 3 ans d'activités salariées, non salariées ou bénévoles exercées de façon continue ou non, en rapport avec le diplôme ou le titre ou le certificat visé. Si promotion dans l'établissement, le financement est pris en charge par l'établissement.
Démarche	

	<u>Démarche individuelle</u> : les candidats doivent adresser leur demande de validation des acquis de l'expérience à l'autorité ou à l'organisme qui délivre le diplôme, le titre ou le certificat de qualification. Il précisera les délais et les conditions d'obtention.
Diplômes ouverts à la VAE	<p>Dans le secteur social :</p> <p>Le DEAVS (diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale),</p> <p>Le DE assistant de service social,</p> <p>Le DE éducateur spécialisé,</p> <p>Le DE de médiateur familial,</p> <p>Le CAFERUIS (certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale).</p> <p>Dans le secteur sanitaire :</p> <p>Le DPAS (diplôme professionnel d'aide soignant),</p> <p>Le DPAP (diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture),</p> <p>Le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière.</p> <p>Progressivement d'autres diplômes seront ouverts à la VAE.</p>

FICHE N°6.7 : CONCOURS

Des autorisations d'absence imputées sur le temps de travail peuvent être octroyées à un agent soucieux de passer un concours de la fonction publique.

L'agent doit faire une demande écrite auprès de la Direction des Ressources Humaines.

AUTORISATION D'ABSENCE

Ces autorisations sont fixées dans la limite de 4 jours ouvrés par an, valorisées au temps théorique de l'agent (exemple : 7h30 pour un agent à temps plein et 3h45 pour un agent à 50%) pour les titulaires, stagiaires, et contractuels permanents ayant au moins 6 mois d'ancienneté dans l'établissement.

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Le remboursement des frais engagé est pris en charge par le service de formation à hauteur de 1 concours par année civile.

Chapitre 7 : DROIT DE GREVE

FICHE N°7.1 : DROIT DE GREVE

Références	Instruction ministérielle n°554 du 06 décembre 1995. Lettre circulaire 96-4642 du 12/01/1996 relative aux modalités de retenue sur rémunération pour service non fait.
------------	---

Principe	<p>Pour être licite, l'exercice du droit de grève doit obéir à certaines conditions relatives à l'objet de la grève ou aux modalités de déclenchement de la grève.</p> <p>Ainsi les grèves politiques sont interdites ; un préavis de 5 jours francs doit être adressé par une organisation syndicale représentative au directeur du centre hospitalier sauf si un préavis national a été déposé auprès du 1^{er} ministre ; les grèves surprises, les grèves tournantes, les grèves partielles sont interdites, de même que certaines formes d'action telle que l'occupation des lieux de travail, les piquets de grève dans l'enceinte hospitalière, les actes de violence et de détérioration, les séquestrations.</p> <p>La participation d'un agent à une grève illicite l'expose à des sanctions disciplinaires.</p> <p>Lorsqu'un agent décide de suivre un mouvement de grève, il peut être :</p> <ul style="list-style-type: none">- soit gréviste : dans ce cas, il se déclare gréviste Le responsable de service fait parvenir à la D.R.H. au plus tard le matin du jour de la grève une fiche recensant les grévistes. Il la rectifie ensuite en cas de besoin, Cette liste est utilisée pour procéder aux retenues pour service non fait.- gréviste assigné : dans ce cas, bien qu'il se déclare gréviste, l'agent est assigné et doit assurer normalement son service dans le cadre de l'effectif minimum. <p>Le service minimum est le seuil normal de sécurité et de soins tel qu'il est défini dans un service.</p>
----------	---

Procédure d'assignation	Dans les services, les plannings indiquent, au moyen d'une marque spécifique. Les assignations sont faites par la direction des ressources humaines sur proposition du cadre. Les agents sont assignés en cas de grève, compte tenu de l'effectif minimum préalablement déterminé. Cette information permanente vaut notification aux intéressés de l'obligation d'assurer le service le jour indiqué par cette marque. L'assignation ne vaut qu'en cas de grève. L'assignation doit être remise en main propre à l'agent ou adressée par courrier en recommandé avec accusé de réception.
Retenues	En cas de service non fait, la retenue sur la rémunération en ce qui concerne les agents doit être strictement proportionnelle à la durée du service non fait.

Chapitre 8 : DROIT SYNDICAL

FICHE N°8.1 : DROIT SYNDICAL

Références statutaires	<p>Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires notamment son article 9</p> <p>loi n°86-33 du 09 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, et notamment ses articles 11, 17, 18, 20 et 24.</p> <p>loi n°2010-751 du 05 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique.</p> <p>décret n°2012-736 du 9 mai 2012 modifiant le décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements visés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.</p> <p>Circulaire n°DGOS/RH3/2013/275 du 9 juillet 2013 relative à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière.</p>
Organisations syndicales au Centre Hospitalier	CFDT, CGT, FO, SUD SANTE

Autorisation d'absence pour participer aux réunions d'information syndicale pour les agents	<p>Les agents en service peuvent bénéficier d'une autorisation d'absence pour participer à une réunion d'information syndicale :</p> <ul style="list-style-type: none">- Lieu : dans l'établissement- Durée : limite d'une heure par mois (cumulable par trimestre) <p>Tout agent hospitalier souhaitant participer à l'une des réunions mensuelles d'information doit présenter à son supérieur hiérarchique une demande d'autorisation spéciale d'absence au moins 3 jours avant la date prévue pour cette réunion. En outre, les autorisations spéciales d'absence accordées à chacun des agents de l'établissement pour participer à ces réunions ne peuvent excéder 12 heures par année civile.</p> <p>L'autorisation est accordée par le responsable de service sous réserve des nécessités de service et de la continuité du service public.</p>
---	--

Autorisation spéciale d'absence (ASA) Articles 13 à 15	<p>Tout représentant syndical dûment mandaté par l'organisation à laquelle il appartient a le droit de bénéficier sous réserves des nécessités de service d'autorisations spéciales d'absence afin de participer à des congrès ou des réunions d'organismes directeurs de cette organisation syndicale dans les conditions précisées ci dessous.</p> <p>Les agents susceptibles d'obtenir une autorisation spéciale d'absence en application de l'article 13 devront avoir été désignés conformément aux dispositions des statuts de leur organisation et devront justifier du mandat dont ils auront été investis. Pour cela, ils devront adresser leur demande d'autorisation d'absence appuyée de la convocation à la Direction des Ressources Humaines, après avis de leur responsable au moins 3 jours à l'avance.</p> <p>Les refus opposés au titre des nécessités de service doivent être motivés par l'administration.</p> <p>Les agents ainsi autorisés devront produire le justificatif de leur participation à ces réunions.</p> <p>Les bénéficiaires des décharges partielles d'activité pour exercer des fonctions syndicales peuvent prétendre aux autorisations d'absence.</p> <p>Les autorisations d'absence sont accordées pour les agents réellement présents et sont alors considérées comme temps de travail.</p>
---	---

	<p>Une autorisation d'absence pendant la journée peut être refusée à un agent de nuit si elle ne respecte pas la durée minimale de repos entre 2 journées de travail, soit 12 heures (respecter les 11 heures de repos pour les agents de nuit).</p> <p>L'article 15 prévoit que des autorisations spéciales d'absence sont accordées sur simple présentation de leur convocation ou du document les informant de la réunion (donc de plein droit) aux représentants syndicaux qui sont appelés à siéger dans les instances de concertation et organismes.</p>	
Durées et motifs	Durée de l'autorisation d'absence	Articles

Conditions :		
→ unions, fédérations, confédérations de syndicats non représentées au conseil commun de la fonction publique et syndicats qui leurs sont affiliés	10 jours par an et par agent mandaté	n°13 Décret n°2012-736 du 9 mai 2012
→ organisations syndicales internationales		
unions, fédérations, confédérations de syndicats représentées au conseil commun de la fonction publique qui leurs sont affiliés	20 jours par an et par agent mandaté	n°13 Décret n°2012-736 du 9 mai 2012
→ Réunions :		
des organismes de mutuelles, CGOS, ANFH	Délai de route + 2 fois la durée prévisible de la réunion pour en assurer la préparation et le compte-rendu	n°15 Décret n°2012-736 du 9 mai 2012

→ Conseil de surveillance, CTE, CAP, Comité de Formation	2 fois la durée prévisible de la réunion pour en assurer la préparation et le compte-rendu	n°15 Décret n°2012-736 du 9 mai 2012
→ Commissions Départementales de Réforme CNRACL, CSFPH	Délai de route + 2 fois la durée prévisible de la réunion pour en assurer la préparation et le compte-rendu.	n°15 Décret n°2012-736 du 9 mai 2012
→ CHSCT	Durée de la réunion + heures de délégation CHSCT (Art 14 et 16).	L 236-1 du Code du Travail
Crédit de temps syndical Article 16	<p>L'ensemble des organisations syndicales déclarées dans l'Etablissement se voit attribuer un crédit d'heures dont les modalités de calcul sont règlementées.</p> <p>Les bénéficiaires du crédit d'heures sont proposés au Directeur par les organisations syndicales parmi leurs représentants en activité dans l'Etablissement.</p> <p>Remarque : Les refus opposés au titre des nécessités de service doivent être motivés par l'administration.</p>	

	une fiche prévue à cet effet doit être remplie et signé conjointement par le cadre et l'agent concerné. La fiche est à retourner à la DRH et à l'organisation syndicale concernée.
Combinaison décharges d'activité / congés annuels	La décharge d'activité est une position d'activité , elle ne modifie pas les droits à congés annuels.
Congés pour formation syndicale	<p>Les agents titulaires et contractuels, représentants des organisations syndicales, peuvent bénéficier d'un congé pour formation syndicale.</p> <p>But de ce congé : effectuer un stage ou suivre une session de formation organisée par les organisations syndicales.</p> <p>La durée ne peut excéder 12 jours ouvrables par an pour un agent, L'effectif des agents bénéficiaires qui ne peut excéder 5% de l'effectif réel de l'établissement (titulaires et non-titulaires), est déterminé en fonction de la représentativité des différentes formations syndicales,</p> <p>Le fonctionnaire conserve son traitement et tous ses avantages,</p> <p>La demande de congé doit être présentée par écrit au moins un mois avant la session de formation,</p> <p>Il peut être refusé pour des nécessités de service après avis de la Commission Paritaire.</p>
Locaux syndicaux	

	Chaque organisation syndicale représentative dans l'établissement dispose d'un local, comportant les équipements indispensables à l'exercice de l'activité syndicale prévus et déterminés après avis du comité technique d'établissement. Des permanences y sont assurées par des responsables syndicaux.
Réunions syndicales	<p>Les syndicats peuvent organiser des réunions statutaires ou d'information dans l'enceinte des bâtiments de l'Etablissement. La demande doit être adressée au directeur de l'établissement 3 jours avant la date de réunion.</p> <p>Les syndicats peuvent organiser une réunion mensuelle d'information d'une durée d'une heure (ou une réunion trimestrielle de 3 heures) à laquelle les agents peuvent participer sur leur temps de travail, sous réserve des nécessités du service et en faisant la demande écrite 3 jours avant.</p> <p>Ces réunions ne doivent pas porter atteinte au bon fonctionnement du service, l'organisation doit être sollicitée une semaine avant la date fixée.</p> <p>Elles s'adressent seulement aux personnels de l'établissement, et elles sont organisées hors des locaux ouverts au public.</p>
Affichage des documents d'origine syndicale	

	<p>Des panneaux d'affichage sont mis à la disposition des organisations syndicales. Ils peuvent être consultés par les agents, aux vestiaires, dans le couloir du self, à Gilles de Tyr, à la résidence Antoine Cristal, à Winicott, service de psychiatrie adulte, CMP CATTP.</p> <p>Seuls peuvent être affichés des documents à caractère syndical, à l'exclusion de textes contrevenant aux dispositions législatives relatives à la diffamation et aux injures publiques.</p>
Distribution des documents syndicaux et collecte des cotisations syndicales	<p>Elles ont lieu dans l'enceinte des bâtiments et en dehors des locaux ouverts au public. Elles sont assurées par les représentants des organisations syndicales qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une décharge d'activité de service.</p> <p>La distribution de documents d'origine syndicale peut également être assurée par les adhérents et par les sympathisants des organisations syndicales en dehors des heures de travail.</p> <p>Elles ne doivent pas porter atteinte au fonctionnement des services.</p>

Chapitre 9 : POSITIONS DES AGENTS

FICHE N°9.1 : DISPONIBILITE

Référence statutaire	<p>Décret n°2019-234 du 27 mars 2019 vient modifier le régime de la disponibilité en modifiant les conditions fixées par le décret n°88-976 du 13 octobre 1988.</p> <p>Décret n°88-976 du 13 octobre 1988 article 28.</p> <p>La disponibilité est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination soit d'office, soit à la demande du fonctionnaire.</p>
Définition	<p>La disponibilité est la position du fonctionnaire qui, placé hors de son établissement, cesse de bénéficier, dans cette position, de ses droits à l'avancement et à la retraite.</p> <p>Il existe deux sortes de disponibilités :</p> <ul style="list-style-type: none">- mise en disponibilité d'office- mise en disponibilité sur demande <p>Sur demande ou d'office, la disponibilité est toujours prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination. Dans certains cas, l'avis de la CAPL est requis sous peine de nullité de la procédure.</p> <p>Le fonctionnaire mis en disponibilité doit justifier à tout moment que son activité ou sa situation correspond réellement aux motifs pour lesquels il a été placé dans cette position.</p>

	<p>Deux mois au moins avant l'expiration de la période de disponibilité en cours, le fonctionnaire doit solliciter soit le renouvellement, soit sa réintégration. Faute d'une telle demande, l'intéressé est rayé des cadres à la date d'expiration de la période de disponibilité.</p> <p>La réintégration est de droit à la première vacance lorsque la disponibilité n'a pas excédé 3 ans. Le fonctionnaire qui refuse l'emploi proposé est maintenu en disponibilité. Le fonctionnaire qui ne peut être réintégré faute de poste vacant est maintenu en disponibilité jusqu'à sa réintégration et au plus tard jusqu'à ce que trois postes lui aient été proposés.</p> <p>Le fonctionnaire placé en disponibilité pour suivre son conjoint qui ne peut être réintégré faute d'emploi vacant est maintenu en disponibilité jusqu'à sa réintégration et au plus tard jusqu'à ce que 3 propositions de réintégration lui aient été faites. Dans cette situation, il doit être regardé comme ayant été involontairement privé d'emploi et dispose donc d'un droit aux allocations pour perte d'emploi sous réserve qu'il démontre sa réelle volonté de retrouver un emploi.</p> <p>Un agent en disponibilité peut être recruté dans un autre établissement hospitalier en tant que contractuel si la disponibilité est accordée pour convenance personnelle ou pour suivre son conjoint.</p>
Mise en disponibilité d'office	<p>La mise en disponibilité d'office prévue à l'expiration des droits statutaires à congés de maladie ne peut être prononcée que s'il ne peut, dans l'immédiat, être procédé au reclassement du fonctionnaire dans les conditions prévues.</p>

Durée : 1 an, renouvelable 2 fois

Toutefois si à l'expiration de la troisième année de disponibilité, le fonctionnaire est inapte à reprendre son service mais s'il résulte d'un avis du comité médical prévu par la réglementation en vigueur qu'il doit normalement pouvoir reprendre ses fonctions ou faire l'objet d'un reclassement avant l'expiration d'une nouvelle année, la disponibilité peut faire l'objet d'un troisième renouvellement.

A l'issue, le fonctionnaire est soit :

- réintégré ou reclassé s'il est apte à reprendre ses fonctions,
- admis à la retraite pour invalidité en cas d'inaptitude définitive,
- licencié s'il n'a pas droit à pension.

Sont également placés en disponibilité d'office :

- les fonctionnaires sont maintenus dans cette position jusqu'à réintégration et, au plus tard, jusqu'à l'intervention de la décision de licenciement pouvant suivre le refus du 3^{ème} poste proposé ;
- les fonctionnaires qui à l'expiration d'un détachement, refusent le poste qui leur est proposé (suite au refus du 3^{ème} poste proposé, il est procédé à leur licenciement) ;
- les fonctionnaires qui ne peuvent être réintégrés faute de poste vacant (3 postes leur sont proposés ; fin de la disponibilité lors de la réintégration ou lors du licenciement après 3 refus)

Motif	Durée maximale	Durée totale autorisée dans l'ensemble de la carrière	Pièces à produire
Mise en disponibilité à la demande décret 2005-1213 du 21 septembre 2005 Modifié par décret n°2019-234 du 27 mars 2019	Etudes ou recherche présentant un intérêt général	3 ans 6 ans	Attestation de l'établissement qui dispense l'enseignement ou bénéficie des recherches.
	Convenances personnelles	3 ans renouvelable jusqu'à 5 ans	10 ans à condition que l'agent concerné, après avoir été réintégré, ait accompli, au plus tard au terme de la première période de 5 ans, au moins 18 mois de services effectifs continus dans la fonction publique. Ces dispositions s'appliquent aux demandes présentées après le 29/03/2019. Les périodes de disponibilité accordées avant le 29/03/2019 sont exclues du calcul des 5 années de disponibilité au terme desquelles le fonctionnaire est tenu d'accomplir au moins 18 mois de services effectifs dans la fonction publique. Néant

	Exercer une activité dans un organisme international	3 ans	5 ans (article 11 du décret)	Variable selon les cas
<p>Conditions : tout agent fonctionnaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'activité doit présenter un caractère d'intérêt public en raison de la fin qu'elle poursuit ou du rôle qu'elle joue dans l'économie nationale. - l'agent ne doit pas avoir eu, au cours des 5 dernières années, soit à exercer un contrôle sur l'entreprise, soit à participer à l'élaboration ou à la passation de marchés avec elle. 				
Mise en disponibilité à la demande	Créer ou reprendre une entreprise	2 ans	2 ans	Acte d'inscription au registre du commerce.

	<p>- s'il s'agit de la reprise d'une entreprise, ne pas avoir eu, au cours des 5 dernières années, soit à exercer un contrôle sur celle-ci, soit à participer à l'élaboration ou à la passation de marché avec elle.</p> <p>- le fonctionnaire qui a souscrit un engagement de servir pendant une durée minimale doit, lorsqu'il demande à bénéficier de cette disponibilité, justifier de 4 années de services effectifs depuis sa titularisation dans le corps de la fonction publique hospitalière au titre duquel cet engagement a été souscrit.</p> <p>Le cumul de cette disponibilité avec une disponibilité pour convenances personnelles ne peut excéder 5 ans lorsqu'il s'agit de la première période de disponibilité (article 9 du décret).</p> <p>Diverses dispositions renforcent le droit à mobilité du fonctionnaire.</p> <p>La disponibilité est accordée sous réserve des nécessités de service.</p> <p>La décision est prise par le Directeur.</p> <p>La demande doit être formulée par écrit en précisant la date de prise d'effets, la durée et les motifs, toutes justifications utiles devant être fournies si des conditions sont exigées.</p> <p>Le Directeur peut rejeter la demande ou en reporter l'effet à une autre date, après avis de la commission paritaire.</p>				
Mise en disponibilité de droit	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Motif</th> <th>Durée maximale</th> <th>Durée totale autorisée dans la carrière</th> <th>Pièces à produire</th> </tr> </thead> </table>	Motif	Durée maximale	Durée totale autorisée dans la carrière	Pièces à produire
Motif	Durée maximale	Durée totale autorisée dans la carrière	Pièces à produire		

	Accident ou maladie grave du conjoint, d'un enfant, d'un ascendant ou d'un partenaire lié par PACS.	3 ans	9 ans	Certificat médical
	Pour se rendre dans les DOM TOM ou à l'étranger en vue de l'adoption d'un ou plusieurs enfants.	6 semaines par agrément		Etre titulaire de l'agrément requis par le code de la famille et de l'aide sociale
	Pour exercer un mandat d'élu local.	Durée du mandat	Durant tout le temps que durent le ou les mandats successifs	
	Elever un enfant de moins de 12 ans.	3 ans	Tant que la condition est remplie	Extrait de naissance
	Suivre son conjoint ou le partenaire lié par PACS.	Illimitée	Tant que la condition est remplie	Attestation de l'employeur du conjoint.

La conservation des droits à l'avancement d'échelon et à l'avancement de grade prévue à l'article 36-1 est subordonnée à la transmission annuelle, par le fonctionnaire concerné, à son autorité de gestion, des pièces dont la liste est fixée par arrêté justifiant de l'exercice d'une activité professionnelle. Cette transmission intervient par tout moyen au plus tard le 31 mai de chaque année suivant le premier jour de son placement en disponibilité. A défaut, le fonctionnaire ne peut prétendre au bénéfice de ses droits à l'avancement correspondant à la période concernée.

FICHE N°9.2 : DETACHEMENT

Principes généraux	<p>Décret n°88-976 du 13 octobre 1988 modifié par décret n°2011-67 du 18 janvier 2011 article 4 Décret n°2020-714 du 11 juin 2020 relatif au détachement d'office en cas d'externalisation d'activité</p> <p>Le détachement est la position du fonctionnaire placé hors de son corps d'origine ou de son emploi d'origine, mais continuant à bénéficier dans ce corps ou cet emploi, de ses droits à l'avancement et à la retraite.</p> <p>Un fonctionnaire ne peut être placé en position de détachement que si sa situation correspond à l'un des cas (cf liste en annexe). Il existe également une possibilité de recrutement par l'intégration directe qui s'effectue entre corps et cadre d'emplois appartenant à la même catégorie et de niveau comparables au regard des conditions de recrutement ou de niveau de missions.</p> <p>Le détachement est prononcé par l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis de la commission administrative paritaire (sauf pour les cas où le détachement est de plein droit) sur demande expresse du fonctionnaire. Seuls les fonctionnaires en position d'activité peuvent être placés en position de détachement.</p> <p>Le détachement est une position révocable, le refus du détachement doit être motivé. Diverses dispositions renforcent le droit à mobilité du fonctionnaire. L'administration ne peut notamment</p>
--------------------	--

	s'opposer à la demande de détachement ou d'intégration directe formulée par un fonctionnaire, avec l'accord de l'administration d'accueil qu'en raison des nécessités de service ou encore d'un avis d'incompatibilité rendu par la commission de déontologie. En outre, l'administration ne peut imposer un délai de préavis supérieur à 3 mois. Enfin, un silence de 2 mois à compter de la réception de la demande vaut accord de l'administration.
Durée	Le détachement est accordé soit pour une courte durée soit pour une longue durée. Le détachement de courte durée est au maximum de 6 mois non renouvelable. Cette durée peut être portée à 1 an pour servir dans les territoires d'outre mer ou à l'étranger. Au terme, l'agent doit être réintégré de droit. Pas de remplacement de l'agent. Durant cette période, le poste n'est pas vacant. Le détachement de longue durée est de 5 ans maximum, renouvelable par périodes de 5 ans. L'agent est remplacé dans le service. Le remplacement n'est définitif que si l'agent est titularisé dans son nouveau corps. La réintégration est possible s'il y a poste vacant. Sinon, l'agent est placé en disponibilité d'office.
Rémunération	Les droits à rémunération des fonctionnaires détachés sont définis par les règles applicables à l'emploi de détachement. L'agent perçoit donc la rémunération et les indemnités afférentes à son nouvel emploi sans pouvoir exiger d'indemnités équivalentes à celles perçues dans son corps d'origine. Lors de sa réintégration dans l'administration d'origine il est tenu compte du grade et

	<p>de l'échelon qu'il a atteint dans le corps de détachement sous réserve qu'ils lui soient favorables. Le régime indemnitaire n'est en revanche pas transposable.</p> <p>La prime de service n'est plus servie par le Centre Hospitalier pendant le détachement.</p>
Cotisation retraite	<p>L'agent cotise toujours pour ses droits à la retraite et en particulier à la C.N.R.A.C.L. si l'établissement d'accueil y est affilié.</p> <p>La limite d'âge pour la retraite est celle du nouvel emploi.</p>
Carrière	<p>L'agent voit ses droits à avancement et à retraite maintenus au Centre Hospitalier.</p> <p>Il bénéficie parallèlement d'un avancement de carrière dans l'établissement d'accueil, le temps du détachement.</p>
Fin détachement	<p>L'autorité investie du pouvoir de nomination peut mettre fin au détachement avant le terme fixé :</p> <ul style="list-style-type: none"> soit de sa propre initiative sous réserve d'en avoir informé le fonctionnaire, soit sur la demande de l'administration d'accueil, soit à la demande du fonctionnaire lui même.

	Dans ces trois cas, l'information ou le dépôt des demandes doivent être effectués au moins 3 mois avant la date prévue pour la remise à disposition du fonctionnaire. Ce délai ne s'impose pas lorsque la fin anticipée du détachement est consécutive à une faute commise par le fonctionnaire dans l'exercice de ses fonctions. Dans cette dernière hypothèse, ou lorsque la demande émane du fonctionnaire, celui ci est mis en position de disponibilité si aucun poste vacant n'autorise sa réintégration immédiate. Il cesse donc d'être rémunéré jusqu'à ce qu'un emploi correspondant à son grade devienne vacant.
--	--

FICHE N°9.3 : POSITION HORS CADRES

Références statutaires	Décret n°88-976 du 13 octobre 1988 - article 25
Principes généraux	<p>La mise hors cadres est prononcée par le Directeur, pour une durée de 5 ans tacitement renouvelable, sauf décision expresse contraire intervenue 6 mois au moins avant l'expiration de la période en cours.</p> <p>Il peut être mis fin à une période avant le terme fixé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'initiative du Directeur, - à la demande de l'intéressé, - à la demande de l'organisme d'accueil. <p>La décision est prise par le Directeur après un délai de préavis de 3 mois aux deux parties sauf en cas de faute commise par l'agent dans l'exercice de ses fonctions.</p> <p>A l'issue de chaque période de mise hors cadres, le fonctionnaire peut demander sa réintégration.</p> <p>Si au terme prévu pour sa mise hors cadres le fonctionnaire n'a pu être réintégré, il est placé d'office en disponibilité.</p>

Droits	<p>Le fonctionnaire cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement. Il est soumis au régime statutaire régissant la fonction qu'il exerce. Il en est de même pour la retraite : il cesse de bénéficier de ses droits dans son corps d'origine et il est soumis au régime de retraite régissant la fonction qu'il exerce dans son corps d'accueil. Les agents exerçant leurs fonctions dans le cadre d'une position hors cadre sont soumis aux dispositions régissant les prises illégales d'intérêt et celles relatives aux limitations, voire, interdictions d'exercice dans l'hypothèse d'incompatibilités (saisine de la Commission de Déontologie), à l'instar de ceux placés en position de détachement notamment.</p>

FICHE N°9.4 : MISE A DISPOSITION

Principes	<p>La mise à disposition est la situation du fonctionnaire qui demeure dans son corps d'origine, est réputé occuper son emploi, continue à percevoir la rémunération correspondante, mais qui effectue son service dans une autre administration.</p> <p>La mise à disposition peut aussi être effectuée au profit d'un organisme d'intérêt général, public ou privé.</p>
Procédure	La mise à disposition est prononcée par le directeur, sous forme d'une convention entre le Centre Hospitalier et l'organisme d'accueil.
Durée	<p>3 ans renouvelables.</p> <p>En cas de faute disciplinaire, il peut être mis fin sans préavis à la mise à disposition, par accord entre l'établissement dont relève l'intéressé et l'organisme d'accueil.</p>
Carrière	

	Le pouvoir disciplinaire est exercé par l'établissement d'origine. Un rapport sur la manière de servir est établi par l'établissement d'accueil et transmis à l'établissement d'origine qui procède à la notation de l'agent.
Fin de la mise à disposition	Le fonctionnaire reprend les fonctions qu'il exerçait auparavant. En cas d'impossibilité, il est affecté à l'un des emplois auxquels son grade lui donne vocation.

Chapitre 10 : CONTRACTUELS

FICHE N°10.1 : PRINCIPES GENERAUX

1° TEXTES DE REFERENCES

Loi n°2015-1434 du 5 novembre 2015 portant diverses dispositions relatives aux agents non titulaires de la fonction publique hospitalière.

Loi n°2005-843 du 26 juillet 2005 a modifié les hypothèses de recours aux contractuels.

Loi n°2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique et modifie les cas de transformations de cdd en cdi.

Décret n°2019-1414 du 19 décembre 2019 relatif à la procédure de recrutement pour pourvoir les emplois permanents ouverts aux agents contractuels. Il modifie le décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la FPH.

L'avis de vacance ou de création de l'emploi à pourvoir fait également l'objet d'une publication sur la plate forme de l'emploi public, le site internet de l'établissement ou par tout moyen assurant une publicité suffisante. Il est accompagné d'une fiche de poste comprenant notamment les missions du poste, les qualifications requises, les compétences attendues et les sujétions particulières attachées au poste.

Les candidatures sont déposées dans la limite d'un délai qui sauf urgence, ne peut être inférieur à 1 mois, à compter de la publication de l'avis.

L'autorité compétente accuse réception de chaque candidature.

2° DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES ET GENERALES.

a) Droits et obligations :

Ces dispositions réglementaires sont applicables à l'ensemble des agents à temps plein et à temps non complet. Les agents contractuels sont des agents de droit public et ont les mêmes droits et obligations que les agents titulaires.

Protection sociale :

Les agents contractuels dépendent du régime général de la sécurité sociale avec des garanties supplémentaires accordées par le décret n°91-155 du 6 février 1991 :

Congé maladie :

Ancienneté	Droits
Jusqu'à 4 mois	Rien
De 4 mois à 2 ans	1 mois plein traitement 1 mois demi traitement
De 2ans à 3 ans	2 mois plein traitement 2 mois demi traitement
3 ans et plus	3 mois plein traitement 3 mois demi traitement

Congés grave maladie : après avis du comité médical et dès lors qu'ils sont employés en service continu et depuis au moins 3 ans dans l'établissement. Le contractuel bénéficie d'un congé de 3 ans au maximum dont 12 mois plein traitement et 24 mois à demi traitement.

Accident de service et maladie professionnelle : l'agent bénéficie d'un congé pendant toute le période d'incapacité de travail jusqu'à guérison complète, consolidation ou décès.

Ancienneté	Droits
Avant 1 an	1 mois plein traitement
De 1 an à 3 ans	2 mois plein traitement
3 ans et plus	3 mois plein traitement

Autres congés :

Maternités et adoption : selon les mêmes conditions que celles imposées aux agents titulaires.

Congé paternité : Depuis le 1er juillet 2019, un congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de droit en cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant après la naissance, pendant la durée d'hospitalisation de ce dernier. Cela pour une durée consécutive maximale de trente jours. Afin d'exercer ce droit à congé auprès de son employeur comme des organismes de sécurité sociale, les établissements de santé, et notamment les unités de soins spécialisées qui accueillent l'enfant, doivent délivrer un bulletin d'hospitalisation.

Congé parental : idem que les agents titulaires si ancienneté d'1 an au moment de la naissance de l'enfant.

Le congé en vue de l'adoption d'un enfant : 6 semaines maximum par agrément.

Le congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie : durée maximale de 3 mois.

Congés non rémunérés :

- L'agent contractuel a le droit, s'il est employé de manière continue depuis plus d'1 an, et sur sa demande à un congé non rémunéré d'une durée maximum d'1 an renouvelable par périodes maximales d'1 an dans la limite de 5 ans :
- pour élever un enfant de moins de 8 ans,
- pour donner des soins à un enfant à charge, au conjoint, à un ascendant à la suite d'un accident ou d'une grave maladie ou atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne,
- pour suivre son conjoint lorsque celui ci pour raison professionnelle réside en un lieu éloigné du lieu d'exercice des fonctions de l'agent contractuel.

9 Travail à temps partiel :

L'agent contractuel qui doit être en activité, (employé depuis plus d'1 an de façon continue et sous réserve des nécessités de service) peut à sa demande être autorisé à accomplir un service à temps partiel selon les modalités applicables aux fonctionnaires titulaires.

10 Discipline :

Le pouvoir disciplinaire appartient à l'autorité de recrutement. Les sanctions disciplinaires sont les mêmes que celles des agents titulaires.

L'agent a droit à la communication de son dossier administratif et à l'assistance des défenseurs de son choix.



ANNEXES

Annexe n°1 Principe d'organisation de la semaine blanche

- ↳ Roulement et repos de semaine non fixes (avec au minimum un repos hebdomadaire)
- ↳ Dans les services où cela est possible, donner en repos le week-end précédent la semaine blanche
- ↳ Assure prioritairement le remplacement des absences de courte durée dans le service d'affectation (congés annuels, congé de maladie, formations, récupérations, autorisations d'absence)
- ↳ Si disponible, assurer des remplacements dans d'autres services (principe de complémentarité entre unités, par secteur d'activité)
- ↳ En cas d'absences inopinées dans le service (notamment remplacement de week-end), modification en priorité du planning de l'agent en semaine blanche

- ↳ En cas de nécessité absolue de renfort, compte tenu de l'activité, peut être affecté soit dans le service soit dans un autre service (par secteur d'activité)
- ↳ Semaine blanche assurée à tour de rôle par tous les agents de même catégorie du service

En tout état de cause, tout remplacement à effectuer, doit l'être prioritairement par la semaine blanche.

En cas de modification à ce principe, l'avis unanime de l'ensemble des agents du service de la catégorie concernée, est indispensable.

Le C.T.E. devra prendre en compte cet éventuel dysfonctionnement.

Annexe n° 2 : Charte de mobilité

CHARTE DE MOBILITE

AU CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR

(C.T.E du 20/12/2005)

- ✓ Respecter le principe d'équité entre tous les agents.
- ✓ La mobilité peut être un acte volontaire ou non volontaire.
- ✓ Elle doit prendre en compte le projet d'évolution professionnelle de l'agent et les nécessités du service.
- ✓ Elle doit être envisagée :
 - pour les agents de nuit, sur la base d'un contrat de 5 ans renouvelable 1 fois ;
 - pour les agents affectés sur des services à repos fixes (Hôpital de jour, S.I.C.S., Consultations externes, C.M.P.), sur la base d'un contrat de 4 ans ;
 - pour les autres agents affectés de jour, après 5 années d'exercice dans le même service.
- ✓ Elle doit tenir compte des fiches de postes.
- ✓ Elle s'appuie sur une diffusion des postes vacants dans l'Etablissement.

- ✓ Une aide à la prise de poste sera mise en place ainsi qu'un suivi individualisé des demandes des agents.

- ✓ Une évaluation annuelle du dispositif sera réalisée.

Annexe n° 3 : Charte du temps partiel

CHARTE DU TEMPS PARTIEL

AU CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR

(C.T.E du 20/12/2005)

- ✓ Principe d'équité entre tous les agents.
- ✓ L'organisation du service prévaut sur les obligations personnelles des agents, celles-ci devant tenir compte des nécessités du service.
- ✓ Le temps de travail d'un agent à temps partiel est égal au prorata de la durée de travail d'un agent à temps plein. Le nombre de repos hebdomadaire est fixé à 4 jours pour 2 semaines. Deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs dont 1 dimanche.
- ✓ Il n'est pas fixé de limite supérieure au pourcentage d'agents à temps partiel par service. Une réflexion doit être menée, par fonction, afin d'en déterminer les règles de fonctionnement (mercredi, week-end, vacances scolaires, jours fériés, horaires, rythme des cycles).
- ✓ L'attribution du temps partiel de droit ou sur autorisation n'est pas de droit dans le service d'origine.

- ✓ Le temps partiel, sur autorisation, sera accordé pour 12 mois (sauf exception) avec renouvellement à 2 périodes de l'année, le 1^{er} juin et le 1^{er} décembre.

- ✓ Le temps partiel est attribué par tacite reconduction dans la limite de 3 ans. A l'expiration et en cas de nouvelle demande, celle-ci est réétudiée et peut faire l'objet d'un refus après avis de l'encadrement, de la Direction des Soins et de la Direction des Ressources Humaines.



Annexe 4 : Charte de gestion de l'absence non planifiée

Charte de gestion de l'absence non planifiée

Objectifs

La présente charte vise à faire face aux situations d'absentéisme non planifiées au Centre Hospitalier de Saumur, en limitant leur impact sur les organisations de travail et les perturbations que celles-ci engendrent dans l'organisation personnelle des agents de l'établissement.

La présente charte a pour objectif :

- De fixer des règles communes de gestion des organisations de travail et des remplacements nécessaires ;
- De rappeler les droits et obligations des agents et de l'établissement ;
- De faire baisser l'absentéisme parmi les agents de l'établissement.
- De reconnaître et de valoriser les remplacements effectués par les agents de l'établissement dans une situation d'absentéisme
-

Règles de signalement des absences

- **Dès que l'absence est connue par l'agent**, et au moins 48h à l'avance dans la mesure du possible, **celui-ci appelle par téléphone le cadre** de son service afin de l'informer de son arrêt. L'utilisation du mail ou du SMS ne peut être utilisé pour signaler une absence, sauf organisation particulière de service.
- Si le cadre est absent du service ou non joignable, l'agent absent contacte soit le cadre assurant la continuité du service pour son collègue absent, ou l'infirmière du service en-dehors des heures ouvrables. Dans ce dernier cas, l'infirmier du service ou le collègue de travail (hors service de soins) prendra contact avec le cadre de garde ou l'administrateur de garde, qui signalera l'absence à la Direction des Ressources Humaines.
- Dans toute la mesure du possible, l'agent absent signale dès que possible au cadre de son service **la durée de son absence**. De la même manière, l'agent signale à son cadre dès que possible à l'approche de la fin de sa période d'arrêt et **au moins 48h avant la fin de son arrêt de travail sa reprise ou la prolongation de son absence**. Cela permet d'organiser la continuité du service par l'équipe et les éventuels agents de remplacement mobilisés de manière anticipée.
- Toute absence doit être accompagnée de l'envoi des **justificatifs nécessaires (arrêt de travail, en particulier) dans un délai de 48h** à la Direction des Ressources Humaines. De même, l'agent transmet le formulaire et le justificatif correspondant au plus tard à la fin de sa période d'absence (enfant malade, événements familiaux, etc).
- Après une absence de plus de 15 jours ou 3 semaines pour maladie ou accident de travail, **le cadre du service propose systématiquement un temps d'échange** avec l'agent arrêté dans l'objectif d'accompagner celui-ci à la reprise du travail. L'opportunité de cet entretien est appréciée au cas par cas par le cadre, s'il l'estime nécessaire en-dessous de cette durée (changements d'organisation du service pendant l'absence de l'agent, difficultés particulières de l'agent à prévenir, nouvel arrêt à prévoir, etc). Un entretien téléphonique peut être proposé aux agents de nuit.

Gestion du remplacement

- La décision de remplacement ou de non-replacement en cas d'absence est prise par le cadre du service, en fonction de la charge de travail réelle à assurer sur la période de l'absence (d'après l'occupation du service, la charge en soin, le nombre d'entrées ou de sorties à assurer, par exemple), des compétences indispensables au fonctionnement du service et des réaménagements possibles du travail.
- Chaque service définit préalablement une **organisation de service en mode essentiel**, prévoyant la hiérarchisation des tâches et leur report partiel. En cas d'absence de solutions possibles de remplacement, le cadre du service peut mettre en place cette organisation en mode essentiel.
- Lorsqu'un remplacement est estimé nécessaire, si le délai le permet, le cadre du service recherche :
 - une solution **d'auto-replacement dans le service avec les agents de l'équipe**, par modification des horaires de travail.
 - un remplacement par **appel à d'autres services** du même pôle, puis au-delà du pôle (si la compétence nécessaire y est disponible).
- En cas d'insuffisance constatée du passage en mode essentiel, le cadre du service peut également effectuer le rappel par téléphone des agents présents sur le site ; et à défaut, un rappel à domicile ou sur portable personnel. **La réponse à ces appels ne comporte pas de caractère obligatoire pour les agents**. L'agent sollicité est néanmoins invité à rappeler le cadre du service pour l'informer de sa disponibilité, afin de faciliter la gestion du remplacement.
- **Le rappel des agents s'effectue obligatoirement dans l'ordre suivant :**
 1. Agents en récupération d'heures supplémentaires
 2. Agents en repos de RTT intégrés sur le planning, repos de férié ou repos compensatoire (pour les agents de nuit)

3. Agents en repos de temps partiel
4. Agents en journée de formation et journée syndicale
5. Agents en repos hebdomadaire

- **Aucun rappel ne peut être effectué pour des agents en congé annuel ou en repos de RTT laissée au choix de l'agent** (soit 5 RTT/an, sauf en situation de déclenchement d'un plan de crise). Un agent peut en revanche proposer de lui-même un remplacement sur ses congés.
- Si le délai de signalement de l'absence du service le permet et en l'absence d'autres solutions, le cadre du service peut faire appel à une **solution de remplacement extérieure**, par recours au cadre de pôle ou à son binôme remplaçant en cas d'absence (et à la DRH pour le pôle de gestion). Celui-ci gère les mensualités de remplacement dans le cadre de la délégation de gestion aux pôles d'activité.

Gestion des récupérations et valorisation du remplacement

- Par souci d'équité, en cas d'arrêt sur un week-end, **l'agent arrêté rend l'horaire équivalent à l'agent qui l'a remplacé pendant son arrêt.**
 - Ex : Mme Dupond est absente sur un horaire de samedi après-midi ; Mme Durand la remplace. Lors de son retour d'arrêt, Mme Dupond reprendra un horaire de samedi après-midi à Mme Durand.
- **Les agents assurant des remplacements d'absence non planifiée dans un délai inférieur à 48h bénéficient de l'attribution d'une heure supplémentaire de travail pour une journée de travail effectuée.** Cette heure supplémentaire n'est pas récupérable et sera payée le mois suivant. Si le rappel d'un agent s'effectue dans un délai de prévenance supérieur ou égal à 48h, les jours travaillés sont à planifier rapidement avec l'agent et le cadre du service.

- De même, les agents rappelés sur repos de temps partiel, repos hebdomadaire, journée de formation ou journée syndicale, ayant assuré un remplacement dans un délai inférieur à 48h pourront **choisir leur jour de récupération en semaine**, dans les limites des nécessités de continuité du service. La planification du jour de récupération est à effectuer rapidement. Cette disposition s'applique en sus de la bonification du remplacement en heure supplémentaire.
- Par ailleurs, **les modalités d'attribution de la prime de service tiennent en compte l'absence ou la présence au travail** de chaque agent au cours de l'année.
 - L'abattement sur le montant de la prime de service est de 1/140e par jour ouvrable d'absence (hors congé annuel, déplacement dans l'intérêt du service, accident du travail, maladie professionnelle, congé maternité ou d'adoption, autorisations d'absences pour évènement familial).

Modalités de suivi et d'évaluation de la charte

- Cette charte est applicable à partir du 01/06/2017 de manière expérimentale, pour une durée d'un an, après avis en CTE.
- Une évaluation de l'application de cette charte sera effectuée et présentée en comité technique d'établissement au terme de la période expérimentale.
- Après d'éventuels ajustements au décours de cette période d'évaluation et de l'avis du CTE, la présente charte entrera en vigueur de manière permanente. Les règles de gestion de l'absence non planifiée pourront évoluer suivant les objectifs et la situation de l'établissement.

Protocole mobilité des personnels non médicaux titulaires et stagiaires au Centre Hospitalier de Saumur

Objectifs du protocole mobilité

- Offrir la possibilité à chaque agent titulaire ou stagiaire de l'établissement d'effectuer une **mobilité régulière** et accompagner le **projet professionnel** de l'agent dans le cadre de cette mobilité.
- Permettre un renouvellement régulier des équipes, permettant de **diversifier les compétences et maintenir une motivation au travail** tout en maintenant des compétences du service.
- Répondre aux **besoins de l'établissement** en compétences et en temps de travail, selon une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.
- Prendre en compte la **pénibilité des postes** dans les mobilités des agents et **faciliter le retour et le maintien dans l'emploi**.
- Aider les agents « en difficulté » dans la préparation des entretiens par des stages de découverte ou par un coaching.

Principes de la mobilité au Centre Hospitalier de Saumur

- **Principe d'équité** dans les mobilités entre tous les agents de l'établissement (écoles, EHPAD et services hospitaliers).
- La mobilité s'appuie sur la règle générale de la **publication des postes et d'affichage**, sauf dispositif particulier mentionné dans le présent protocole. Les agents fonctionnaires sont titulaires de leur grade, non de leur poste.
- La mobilité s'organise d'après un **projet professionnel** et autant que possible en tenant compte des souhaits des agents.
- La mobilité s'envisage par **métier**, dans une optique de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences à l'échelle de l'établissement.
- Il est tenu compte de la **pénibilité et de l'âge des agents** lors des mobilités.

Définitions

- **Sont considérés comme postes vacants, et publiés :**
 - Les postes non pourvus, y compris les postes d'agents en position de disponibilité, de congé parental, d'agents partis en étude promotionnelle, d'agents ayant quitté leur poste pour exercer en tant que faisant fonction.
 - Les postes pour lesquels les agents devront être réaffectés, au terme de leur période d'affectation ;
- **Sont considérés comme « postes réservés », des postes vacants non publiés dans les 5 situations dérogatoires suivantes :**
 - Handicap ;
 - Inaptitude définitive à un poste ;
 - Réorganisation interne ;
 - Réaffectation nécessaire à la suite d'une mesure disciplinaire ;
 - Métiers existants dans un seul service de l'établissement.

Organisation des mobilités sur publication de postes vacants

1.1 Un système de publication interne régulier pour donner de la lisibilité aux agents et permettre l'anticipation

- La publication des postes vacants est un préalable réglementaire à l'affectation d'un agent public. La publication interne des postes, règle normale permettant une mobilité de manière équitable dans l'établissement, s'effectue selon deux modalités :
 1. **Une bourse aux emplois vacants** : tous les postes déclarés vacants de manière anticipée feront l'objet d'une parution globale, afin d'améliorer la visibilité des publications auprès des agents et de favoriser les choix de ceux-ci.
Les modalités de communication sont les suivantes : supplément Convergences, placement sous l'espace public de la DRH, affichage à la DRH, sur les panneaux institutionnels et dans les services.
Deux parutions au minimum ont lieu dans l'établissement chaque année :
 - a) Parution au 1^{er} décembre de l'année N pour une mobilité entre le 31 mars et le 1^{er} mai de l'année N+1 au plus tard.
 - b) Parution au 1^{er} juin pour une mobilité entre le 1^{er} novembre et le 1^{er} décembre.

2. Selon des publications régulières, effectuées au fil de l'eau : ces publications concernent par exception les postes dont la vacance ne peut être anticipée (départ en disponibilité, démission par exemple), et sont en décalage avec les dates de publication de la bourse aux emplois vacants. Cela concerne en particulier les équipes pour lesquelles des compétences spécifiques sont requises.

1.2 Un processus de candidature et de réaffectation fondé sur la règle de la publication

1.2.1 Règles de candidature

- Les candidatures sont à adresser à la direction des ressources humaines ou à la direction des soins, suivant la mention de la publication.
- Pour toute candidature sur poste vacant, il est nécessaire de respecter toutes les modalités des postes mis à la vacance :
 - Le grade et /ou le métier,
 - Le service ou l'unité et/ou la filière
 - La date de disponibilité du poste,
 - La quotité de temps de travail, poste de jour ou de nuit
 - Les missions liées au poste lorsque celles-ci sont détaillées
 - Le diplôme, lorsqu'un diplôme spécifique est exigé
 - Une expérience particulière sur certains services ou postes peut être demandée (métier ou compétences spécifiques notamment).
- Les candidatures ne répondant pas aux modalités publiées ne sont pas étudiées. Après premier tri des candidatures par la DRH et/ou la direction compétente, le cadre rencontre les candidats sélectionnés en

entretien. Ce cadre peut être le responsable du service ou connaître le fonctionnement du service et les compétences et aptitudes nécessaires à la tenue du poste.

- Priorité est donnée aux candidatures des titulaires. A défaut de candidature de personnels titulaires répondant aux modalités de la publication, les candidatures de personnels contractuels seront étudiées.
- Les publications internes ne peuvent donner lieu à l'étude de candidatures externes à l'établissement.

1.2.2 Préparation de la candidature

- Le temps minimal entre la publication et la fin du dépôt des candidatures est d'un mois : ce temps a pour objectif de favoriser la réflexion des agents qui souhaitent candidater, prendre les informations et les contacts nécessaires à une première approche du poste ou toute autre démarche constituant une aide au choix.
- **L'entretien professionnel annuel est l'occasion d'un dialogue régulier sur des mobilités à venir et sur la prise de poste à la suite d'une mobilité récente.**
 - L'entretien professionnel est le premier lieu de préparation de la mobilité professionnelle : le dialogue sur le parcours professionnel futur, les objectifs personnels de l'agent, les besoins en formation sont notamment abordés.
 - Les données des agents stagiaires et titulaires transmises durant l'entretien professionnel annuel restent confidentielles. Ces informations ne sont pas classées dans le dossier de l'agent. La fiche récapitulative de l'entretien reste un outil conservé par l'agent et son cadre exclusivement et n'est pas adressée à la Direction des Ressources Humaines.

- **Des stages interservices** sont proposés en remplacements d'agent en congé estival, en congés maternité, en priorité à des agents titulaires souhaitant expérimenter un autre service que le leur durant une période donnée, soit par :
 - une mobilité interne au pôle
 - une mobilité externe au pôle à la suite d'une démarche de l'agent par courrier, pour exprimer son souhait d'effectuer des remplacements dans d'autres services de soins.

1.3 Une durée d'affectation sur chaque poste pour favoriser la mobilité

- Une durée d'affectation est définie pour chaque poste, de manière à organiser une mobilité structurelle régulière en-dehors des départs de l'établissement. Cette mobilité a pour objectif le passage par différents services de l'établissement. Cette mobilité est donc obligatoire, afin de permettre le déroulement de ces parcours, la limitation de la pénibilité, dans le respect de l'équité entre agents.
- **Chaque agent est affecté pour une durée de 5 ans sur son poste.** Au terme de cette période, les agents doivent trouver une autre affectation sur un poste publié.
 - Un agent peut demander un renouvellement sur son poste pour une période maximum de 3 ans. Le renouvellement est décidé par la DRG sur proposition de la direction fonctionnelle concernée. Peuvent être pris en compte le projet professionnel de l'agent dans le service et des périodes d'absence longue, notamment. La décision de la DRH doit être motivée et expliquée à l'agent qui a fait la demande de renouvellement.
 - Cette durée suppose une anticipation de chaque agent et des candidatures dès la 4^e année d'affectation.
 - Pour certaines filières, la durée d'affectation est de 4 ans avec un renouvellement d'une période de 2 ans maximum (cf. cartographie des filières en annexe).
 - La publication des postes à la fin de la durée d'affectation d'un agent sera assurée de manière systématique dans le cadre de la bourse aux emplois vacants.

- Pour les agents contractuels nommés stagiaires puis titulaires, la durée d'affectation sur poste court à partir de la date de mise en stage ou de la date de début du CDI (après leur entrée dans la fonction publique hospitalière).
- Pour les agents en CDI, une mobilité est proposée au terme d'une affectation de 5 ans sur le même poste.

1.4 Une mobilité tenant compte des difficultés des agents à effectuer leur mobilité et de la pénibilité au travail

- Les agents exprimant des difficultés à obtenir une mobilité sur un autre poste peuvent être accompagnés par leur cadre dans la préparation des candidatures. En cas de candidature répétée sans succès, un agent ayant déjà été renouvelé au-delà de la période de 5 années sur son poste peut être renvoyé après dialogue avec son cadre vers la cellule d'accompagnement à la mobilité. Dans ce cas, le cadre rédige un rapport examiné par le directeur fonctionnel, qui procède à un entretien direct avec l'agent. Si ce dernier l'estime nécessaire, il saisit la cellule d'accompagnement à la mobilité.
- La cellule d'accompagnement à la mobilité a pour missions :
 - De conseiller les agents en difficulté pour préparer leur candidature ;
 - De conseiller sur une ou plusieurs orientations professionnelles dans l'établissement ou en-dehors, ou une mobilité temporaire (stage interservices par exemple) ;
 - D'expliquer les choix de mobilités réalisés dans le cadre des réorganisations ;
 - De proposer au DRH de réduire la durée d'affectation de l'agent. Dans ce cas, un accompagnement personnalisé est mis en place suivant le dispositif décrit au point suivant.
 - De signaler au DRH la nécessité d'une mobilité rapide d'un agent, en raison de la pénibilité de son travail au regard de l'état de santé de l'agent. Le DRH saisit alors la médecine du travail et la cellule de coordination et de maintien dans l'emploi et éventuellement le service social pour engager un accompagnement personnalisé.

La cellule d'accompagnement à la mobilité est composée des membres suivants, réunis sur saisine uniquement : le chargé de GRH et/ou le DRH, un ou plusieurs représentants de la direction fonctionnelle concernée (Direction des soins, Direction des services économiques et financiers...), au moins un représentant de la CAP compétente (désigné par les représentants du personnel de la CAP concernée), des personnes ressources pouvant être extérieures à l'établissement ou à la direction concernée (psychologue du travail, assistante sociale...).

1.5 Entrée dans le dispositif de mobilité – dispositions transitoires

- A partir du 1^{er} janvier 2018, tout recrutement ou changement d'affectation d'un agent titulaire ou stagiaire est effectué pour une durée de 5 ans, renouvelable dans la limite de 3 ans.
- A partir du 1^{er} décembre 2018, le quart des agents stagiaires et titulaires les plus anciens dans la filière devront effectuer une mobilité dans un délai de deux ans (4 publications de la bourse des emplois vacants). Les 3 années suivantes, le même dispositif est reconduit par renouvellement au quart. Lors de la 5^e année, les règles normales relatives aux durées d'affectation s'appliquent.
- Les agents à moins de 5 ans de la date prévisible de départ en retraite ne sont pas concernés par le dispositif de mobilité systématique.
- Les mouvements par départ naturel (retraite, changement d'affectation au choix de l'agent, mutation...) sont intégrés dans le calcul du renouvellement au quart, afin de ne pas déstabiliser l'équipe.

Organisation des mobilités en-dehors du processus de publication

1.6 Réorganisation et mobilité

- **Dans le cadre de réorganisations hospitalières, des dispositions particulières s'appliquent, afin de garantir un accompagnement vers un nouveau poste aux agents devant être réaffectés :**
 - Pas plus d'une mobilité par an pour les personnels impactés par des réorganisations hospitalières, sauf volontariat.
 - L'ensemble des postes de l'unité sont placés à la vacance et ouverts à la candidature des agents de l'établissement. Certains postes peuvent être réservés à des agents du service, afin de maintenir une stabilité des compétences dans le service. Dans ce cas, chaque agent souhaitant rester affecté dans le service postule sur les postes réservés aux agents du service.
 - Des critères de choix des candidatures sont établis et diffusés d'après le guide de recrutement de l'établissement.
 - Les agents du service ont accès à la liste des postes réservés pour les personnels réaffectés dans le cadre des réorganisations, suivant les possibilités de l'établissement. Si les agents se voient proposer plusieurs postes, ceux-ci sont invités à émettre 3 souhaits par ordre de préférence. Les critères d'attribution des postes sont les suivants :
 - 1/ Choix exprimé par l'agent ;
 - 2/ Prise en compte d'une mobilité contrainte depuis 2 ans et d'une affectation antérieure en EHPAD ;
 - 3/ Démarche d'acquisition et de développement de compétences spécifiques pour le secteur ;
 - 4/ Date d'entrée dans la fonction publique ;

5/ Date d'entrée dans l'administration.

La cellule d'accompagnement à la mobilité peut être saisie directement par l'agent, qui adresse une demande écrite à la DRH. Toute demande donne lieu à une rencontre entre l'agent et la cellule. Cette dernière accompagne l'agent en assurant les missions mentionnées au 4.4 du présent document.

1.7 Dispositif d'accompagnement à la mobilité et au retour au travail des personnels porteurs de handicap, de restrictions d'aptitude ou inaptitudes

- L'établissement détermine une **cartographie de postes réservés, adaptés ou aménagés**, mentionnant notamment les compétences attendus et les restrictions d'aptitude possibles. Y sont affectés de manière prioritaire des agents porteurs d'inaptitudes, de restrictions d'aptitude ou de handicap.
- Les postes aménagés ou adaptés intégrés à l'effectif théorique de l'établissement peuvent être pourvus après publication, en l'absence de personnels porteurs de restrictions d'aptitude ou de handicap. Dans ce cadre, la durée d'affectation suit les règles des postes publiés (5 ans, renouvelables dans la limite de 3 ans). **Cependant, l'agent non porteur de restrictions d'aptitude ni de handicap positionné sur un poste réservé doit le rendre vacant en cas de nécessité d'y positionner un agent pour raison médicale dans un délai d'un mois.** Au cours de ce mois, un tuilage est organisé et l'agent rendant le poste se voit proposer une ou plusieurs nouvelles affectations. Si plusieurs affectations sont proposées, l'agent rendant le poste effectue son choix par liste de souhaits.

1.7.1 Engagements de l'établissement

- **Informer sur les droits et obligations**

Les engagements du centre hospitalier de Saumur en matière d'accompagnement et de soutien professionnel ont pour objectifs :

- de faire connaître les droits et obligations liés aux absences pour maladie ;
- de permettre de pourvoir au remplacement le cas échéant ;
- d'organiser le transfert des compétences avant le départ pour la période programmée si possible.

L'agent concerné est informé de l'incidence de son absence sur sa rémunération et son évolution de carrière.

L'information sera délivrée lors d'un entretien qui se tiendra avant son départ quand cela est possible ou dans les premières semaines de son absence. Il sera conduit par l'agent en charge de la protection sociale de la direction des ressources humaines. Cet entretien peut être remplacé par l'envoi d'un courrier d'information ou flyers.

- **Accompagner et maintenir dans l'emploi**

La cellule de maintien dans l'emploi se réunit régulièrement et propose des mesures individuelles pour le maintien dans l'emploi, la prévention des inaptitudes et le reclassement. Elle est composée de représentants du service de santé au travail, de la direction des ressources humaines et de la direction des soins. Elle est élargie une fois par mois à l'assistante sociale du personnel et à la psychologue du travail. **Ses membres sont soumis à un secret professionnel strict.**

Ses missions sont les suivantes :

- Information à la cellule des situations individuelles complexes.
- Evaluation de l'adéquation des inaptitudes avec les postes disponibles.
- Proposition des mobilités professionnelles en fonction des compétences requises.
- Maîtrise des dispositifs réglementaires relatifs au reclassement.

Des formations peuvent être proposées en fonction des compétences requises.

Dans le cadre d'accompagnement individuel spécifique, les responsables des agents peuvent être invités à participer à la cellule de maintien dans l'emploi avec l'accord préalable de l'agent.

- **Organiser une phase de pré-accueil avant la reprise des fonctions après une absence longue pour raison de santé**

L'objectif de la phase de pré-accueil est de préparer les modalités du retour, de recréer du lien entre le professionnel absent et son milieu professionnel.

En premier lieu, le médecin du travail effectue **la visite de pré-reprise et peut saisir la cellule de maintien dans l'emploi**, en accord avec l'agent, pour préparer la reprise des activités professionnelles. Il s'agit aussi de recueillir les informations permettant de proposer un poste aménagé ou adapté.

Cette phase permet à l'intéressé d'appréhender et de préparer la reprise de ses fonctions.

Il pourra formuler une demande de **temps partiel thérapeutique** relevant de dispositions spécifiques ou de reclassement s'il est reconnu inapte à ses fonctions. L'initiative de la demande de reclassement relève du professionnel concerné.

Ensuite, un point sur la **situation administrative** de l'agent sera fait avec l'agent en charge de la protection sociale. Un rendez-vous est également programmé avec l'attaché d'administration de la DRH ou la directrice des soins pour préparer la reprise au travail.

La DRH informe le cadre de la reprise à temps partiel thérapeutique en lui expliquant que l'agent peut reprendre en journée pleine ou en demi-journée. Ses droits à congés annuels qui peuvent être planifiés afin de permettre à l'agent de reprendre progressivement.

La DRH rappelle au cadre l'amplitude horaire sur le week-end, sur les nuits.

Il lui est expliqué également l'aménagement du poste avec le financement adéquat, les formations possibles et les modalités spécifique de gestion du temps de travail (pas de journée de plus de 7h, pas d'heures supplémentaires et possibilité de modulation du temps de travail).

Le responsable direct de l'agent lui proposera un rendez-vous dans le cadre **d'un entretien de retour**. A cette occasion, il pourra lui communiquer le planning prévisionnel et les informations sur le fonctionnement du service d'affectation en cas de changement.

- **Organiser l'accueil à la reprise des fonctions**

Les objectifs de l'accueil à la reprise des fonctions sont de faciliter le retour dans le service, favoriser une réintégration durable, prévenir les « absences évitables » et mieux anticiper les absences à venir inévitables (dans le cas d'une maladie chronique, par exemple).

Pendant cette phase d'accueil, il est possible de conduire **plusieurs entretiens**. Il s'agit d'informer la personne des événements marquants pendant son absence sur les mouvements du personnel, les nouvelles procédures et les évolutions des projets, des modalités de son remplacement et de lui communiquer sa fiche de poste ou lui rappeler ses missions et éventuellement lui fixer des objectifs pour la période à venir. De plus, il est nécessaire de recueillir ses besoins d'adaptation du poste ou des horaires, ses besoins en formation pour l'adaptation à l'emploi ou l'utilisation du matériel.

Pour ce qui est des modalités, les entretiens sont conduits par l'encadrement professionnel dès le retour de la personne. Il s'agit d'une relation d'aide sans aucun caractère disciplinaire. L'entretien peut donner lieu à un court compte-rendu signé par les 2 participants.

- **Sensibiliser le collectif pour faciliter la réintégration après une longue absence**

Le cadre du service **informe ses équipes**, afin que le service participe à l'accueil de la personne à son retour après une absence longue.

Cette sensibilisation est nécessaire afin d'aider le collectif de travail à intégrer les limites, les restrictions de la/du collègue dans l'exercice de ses fonctions, sans pour autant que sa place ne soit remise en cause et sans stigmatisation. Cette sensibilisation exclut les informations à caractère médical, sauf si l'agent lui-même souhaite

en informer directement ses collègues. Les restrictions de tâches ne sont pas des informations à caractère médical et peuvent être communiquées à l'équipe afin que soient prise en compte les difficultés et les limites de l'agent.

Le cadre informe également l'équipe des mesures mises en place et leur durée prévue (ou prévisible) : horaires adaptés pour la poursuite des soins, adaptation du poste.

1.7.2 Engagement de l'agent

- **L'agent s'engage à respecter ses restrictions médicales** (par exemple : le port de charges lourdes), à échanger avec la DRH pour préparer son retour à l'emploi.
- **Il rencontrera également son cadre de proximité avant la reprise** pour voir quelles adaptations de postes sont nécessaires et l'informer à des événements intervenus pendant son absence. Ces échanges devront être réguliers pendant la reprise pour éviter un nouvel arrêt.
- **A son retour au poste, s'il rencontre des difficultés lors de la reprise s'engage à en faire part** au cadre, à la DRH bureau de la protection sociale pour se réorienter ou procéder à une adaptation de poste.
- **L'agent s'engage à respecter le rythme sollicité par la médecine du travail**, si un changement ou une modification est demandé l'agent en fera en premier lieu la demande au cadre avant pour savoir si l'organisation du service le permet et ensuite sollicitera l'accord de la médecine du travail. Le médecin du travail peut également demander une variation du rythme ou de la quotité de temps de travail ; il en informe l'agent et le cadre préalablement.
- **L'agent s'engage dans une formation** pour une mise à jour des compétences si besoin et estimée par le cadre et la DRH.

- **L'agent sera réévalué par son cadre de proximité** au cours de la période et un dernier entretien aura lieu avant la reprise à temps plein.

1.8 Mobilité des agents ayant un métier existant dans un seul service de l'établissement

- Les agents logistiques, techniques, médico-techniques, administratifs et d'autres agents indiqués dans le tableau ci-dessous peuvent exercer un métier n'existant que dans un seul service de l'établissement. Pour ces personnels, les règles de la mobilité évoquées en IV du présent document ne peuvent s'appliquer de manière obligatoire.
- Ces personnels occupent des postes réservés, qui ne sont accessibles que sur obtention du titre ou diplôme correspondant au métier concerné.
- Les différents métiers sont recensés dans un tableau en annexe du présent protocole : celui-ci distingue les métiers concernés par une mobilité régulière et ceux en étant exclus, en raison de leur spécificité.
*
- A la demande de l'agent, un stage interservices de comparaison ou de développement des compétences peut être réalisé dans l'établissement ou à l'extérieur, après la saisine de la cellule d'accompagnement à la mobilité, de manière personnalisée :

1.9 Réaffectation à la suite d'une mesure disciplinaire

- Lorsqu'un agent est concerné par une mesure disciplinaire le maintien de l'affectation dans son service peut poser difficulté une mobilité peut être proposée à l'agent de manière temporaire ou définitive.

ANNEXES

ANNEXE 1 : distinction des métiers concernés ou non par la règle de mobilité régulière

Métiers concernés par une mobilité régulière (partie IV du présent protocole)	Métiers non concernés par une mobilité régulière (partie 5.3 du présent protocole)
Secrétaires médicales	Techniciens de laboratoire
Secrétaire	Préparateur en pharmacie hospitalière
Archiviste	Manipulateurs en électroradiologie
Infirmière en hygiène hospitalière	Métiers de l'ingénierie et de maintenance technique
Infirmière de santé au travail	Technicien de l'information médicale
Métiers de la logistique hors diplôme spécifique (blanchisserie, restauration, magasin et autres fonctions de la logistique)	Métiers des systèmes d'information
Cadres de Pôles	Métiers de management stratégique
Infirmier des équipes mobiles	Métiers de management opérationnel des ressources humaines, des finances, des achats, de la communication et de la logistique
Cadres de Santé	Métiers de la qualité et de la gestion des risques

Infirmier en soins généraux	Infirmière/er puéricultrice/teur
Aide-soignant et Assistant de soins en gérontologie	Infirmier anesthésiste
Agent de service	Infirmier de bloc opératoire
Brancardier	Auxiliaire de puériculture
Agent de service mortuaire	Aide médico-psychologique
Agent de bio-nettoyage	Ambulancier
	Agent de gestion administrative

ANNEXE 2 : Cartographie des filières – charte de la mobilité

- Afin de garantir que la mobilité soit effective et ne se traduise pas par une affectation dans une unité d'un même service ou secteur, il est nécessaire d'effectuer des regroupements d'unités en **filières**. **Les mobilités des agents devront donc se faire d'une filière à une autre.** La cartographie suivante des filières révisable régulièrement est donc établie. Y est associée une durée d'affectation différente, de 4 ou 5 ans, suivant le dimensionnement des effectifs et leur caractère très demandé ou non par les agents. **Seuls les personnels soumis à une mobilité régulière (partie IV du présent protocole) sont concernés par les durées indiquées ci-dessous.**
- Les services administratifs du pôle de gestion et les services médico-techniques ne sont pas soumis à une durée de mobilité obligatoire, en raison de la présence majoritaire de métiers spécifiques. Seuls les métiers exercés dans plusieurs services et filières (secrétaires médicales par exemple) sont soumis à une durée d'affectation limitée (5 ans).
- La mobilité peut s'effectuer dans une même filière entre le jour et la nuit, selon les durées indiquées dans le tableau ci-dessous.

Filières	Unités	Durée d'affectation
Ambulatoire	- unité médicale ambulatoire - unité de chirurgie ambulatoire - consultations externes - Centre IVG	4 ans
Bloc	- SSPI - Bloc opératoire	5 ans
Hospitalisation Mère-enfant	- pédiatrie – néonatalogie - Maternité – bloc obstétrical - Chirurgie gynécologique	4 ans
Consultations de gynécologie		4 ans

SSR Cardiologique		5 ans
Cardiologie	- Hospitalisation complète cardiologie - UPUG	5 ans
Soins continus et intensifs - explorations	- USIC-USC - Explorations de cardiologie	5 ans
EHPAD	- Résidence Antoine Cristal - Résidence Gilles de Tyr	5 ans
accueil de jour Alzheimer	- Antoine Cristal	4 ans
Urgences	- Urgences	5 ans
Anesthésie - SMUR	- SMUR - Département d'anesthésie	Pas de durée
Médecine de spécialités	- Service d'hospitalisation de médecine interne, pneumologie, endocrinologie	5 ans
SSR- UNVP- gastro- entérologie	- Service d'hospitalisation de SSR2 - Service de neurologie - Lits de gastro-entérologie (service médecine de spécialités)	5 ans
SSR	- Service de soin de suite polyvalent	5 ans
Explorations fonctionnelles		4 ans
Médecine gériatrique		5 ans
Pharmacie	- Pharmacie - Stérilisation	5 ans
Laboratoire		5 ans

Médecine du travail		5 ans
Imagerie		5 ans
DIM - Archives		5 ans
Service d'hygiène		5 ans
Chambre mortuaire		5 ans
Instituts de formation	<ul style="list-style-type: none"> - IFSI - IFAS 	5 ans
Psychiatrie Réhabilitation	<ul style="list-style-type: none"> - Unité de préparation à la sortie (Thouet) - Education thérapeutique 	°
Psychiatrie - soins aigus	<ul style="list-style-type: none"> - Unité d'admission de court séjour (Loire) 	5 ans
Psychiatrie - soins à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Domicile des patients – équipe transversale 	5 ans
Psychiatrie - soin à temps partiel	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital de jour 	5 ans
Psychiatrie - évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - CATTP - Urgences 	5 ans
Addictologie		5 ans
Antennes Doué & Baugé (Pédopsychiatrie)		5 ans
Equipe Petits (Pédopsychiatrie)		5 ans

Equipe Moyens/Grands (Pédopsychiatrie)		5 ans
Equipes mobiles	<ul style="list-style-type: none"> - EMSP - EMG - Consultations mémoire 	4 ans
Restauration		5 ans
Blanchisserie		5 ans
Magasin et reprographie		5 ans
Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Direction des ressources humaines - Direction des affaires médicales 	Pas de durée
Qualité affaires générales	<ul style="list-style-type: none"> - Direction générale - Direction de la qualité – gestion des risques - Direction affaires générales, coopération, patientèle 	Pas de durée
Soins	<ul style="list-style-type: none"> - Direction des soins 	Pas de durée
Services techniques		Pas de durée
Service biomédical		Pas de durée
Service informatique		Pas de durée
Services économiques		Pas de durée

Service des finances et de contrôle de gestion		Pas de durée
Admissions - facturation		Pas de durée
Standard		Pas de durée
Service Diététique		Pas de durée
Service de rééducation fonctionnelle		Pas de durée
Service social		Pas de durée



CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR



CHARTE DU TEMPS DE TRAVAIL MEDICAL ET DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

11 Table des matières

Section I. Les principes Fondamentaux 404

Article 1.....	Principe de sécurité	404
Article 2.....	Principe de régularité	406
Article 3.....	Principe de responsabilité	407
Article 4.....	Principe de réalité	407
Article 5.....	Financement	407

Section II. Définitions 409

Article 1.....	Activités dites de services	409
Article 2.....	Les obligations de service et leurs limites	410
(a) Obligations quotidiennes : définitions de travail de "jour" et travail de "nuit" liées à l'application de la permanence des soins	410	
(b) Obligations annuelles.....	411	
(c) Obligations hebdomadaires.....	417	
(d) Obligations mensuelles : les obligations de service "de nuit, de week-end et de jours fériés"	418	
(e) Obligations quadrimestrielles	420	
Article 3.....	Notion de permanence des soins (Arrêté du 30 avril 2003)	420
(a) L'activité médicale en demi- journées	420	

(b) L'activité en temps médical continu :	421
Article 4..... Notion de « repos quotidien » et de repos de sécurité	421
(a) - dans les services à permanence sur place :	422
(b) - dans les secteurs à astreintes :.....	423
Article 5..... Notion de "sujétion"	424
Article 6..... Notion de "temps de travail additionnel"	424
Article 7..... Limites des obligations	426
Article 8Le cas particulier des « insuffisances » : obligations de services non réalisées	427
Article 9.....Les astreintes	427
(a) Rémunération	428
(b) Récupération	428
(c) Forfaitisation	429
Article 10Disposition d'ordre comptable	429
Article 11Absence d'un médecin inscrit au tableau des permanences sur place ou des astreintes	431
(a) Objet.....	431
Article 12Dispositif des congés	433
(a) Les congés exceptionnels	433
(b) Les grèves.....	436

(c) Le congé maladie et accident du travail-accident de trajet	436
(d) Congé maladie	436
(e) Accident de travail-accident de trajet-malade imputable au service ...	437
(f) Le congé maternité (code CM) et le congé paternité.....	438
Article 13	La formation 445
(a) Objectifs.....	446
(b) Fonctionnement.....	447
Les obligations du praticien	448
Commission FMC.....	453
(c) Prises en charge financières de la FMC.....	455
Section III. Les outils de gestion du temps de travail	457
Article 1.....	Tableau général annuel 457
(a) Activité	457
(b) Organisation.....	458
Article 2.....	Tableau de service 458
(a) Objectifs	458
(b) Principes	459
(c) Tableau prévisionnel.....	459

(d) Tableau réalisé.....	460
(e) Calendriers des tableaux de services et des tableaux de gardes : .	461
Article 3Modalités réglementaires de calcul pour la rémunération au titre de la permanence médicale	462
(a) Principes	462
(b) Modalités de calcul du temps additionnel.....	462
Section IV. TEMPS DE TRAVAIL DES INTERNES	463
Article 1..... Les obligations de service des internes	463
Article 2. Modalités de recours en cas de dépassement des obligations de service	465
Section V. QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES MEDECINS	466
Article 1..... Accueil du médecin	466
Article 2..... Organisation logistique	467
Article 3.....Prévenir les risques psychosociaux	467
Article 4.....Gestion du temps de travail	467
Article 5.....Valorisation de l'activité des praticiens	468
Article 6..... Aspect salariaux et gestion du temps médical	468
Article 7..... Entretien annuel personnalisé	469
Article 8..... Les internes	469

ANNEXE 1..... Tarifs de la permanence des soins au 1^{er} février 2017 470

ANNEXE 2 Montants alloués par l'Agence Régionale de la Santé (A.R.S) pour le financement de la permanence des soins471

ANNEXE 3..... Modalité de calcul de l'obligation de service

annuel.....**Erreur ! Signet non défini.6**

ANNEXE 4 Obligations de services et droits à congés.....**Erreur !**

Signet non défini.7

ANNEXE 5 Glossaire des codes à utiliser dans les tableaux de service.....**Erreur !**

Signet non défini.8

PREAMBULE

La Charte du Temps de Travail Médical, validée après concertation du Directoire et après avis de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du Centre Hospitalier de Saumur, se base sur les règles juridiques et déontologiques. Elle traduit la volonté d'une application réaliste et pragmatique de la réglementation et de principes en tenant compte des ressources de l'établissement en postes médicaux.

Chacun des acteurs concernés (praticien, service,) doit contribuer à l'organisation et l'optimisation du temps médical dans le respect de l'équité, de la transparence et le souci d'assurer la sécurité des soins.

Une maquette d'organisation médicale formalisée avec chaque service la complétera.

La présente charte concerne l'ensemble des médecins de l'établissement ainsi que les internes.

12 Les principes Fondamentaux

12.1 Principe de sécurité

L'organisation de la permanence des soins a pour vocation de renforcer la sécurité de la prise en charge des patients. Les objectifs poursuivis sont d'assurer la sécurité des patients ainsi que de respecter le repos de sécurité pour les médecins.

Sur ce dernier point, une réflexion est à mener rapidement au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (G.H.T) en vue d'harmoniser les pratiques.

Commission relative à l'organisation de la permanence des soins (COPS) selon l'Arrêté du 30 avril 2003

L'organisation annuelle :

Le directeur, avec la commission de l'organisation de la permanence des soins, prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique, après consultation des chefs de service et de département ou des responsables de structure.

Cette organisation est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement. Elle tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement.

Article 6 : La commission relative à l'organisation de la permanence des soins :

La commission médicale d'établissement met en place une commission relative à l'organisation de la permanence des soins.

Article 7 : Composition de la commission relative à l'organisation de la permanence des soins :

La commission comprend :

- le directeur ou son représentant assisté du collaborateur de son choix ;
- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- des personnels médicaux, dont le nombre et les modalités de désignation, ainsi que celles du président de la commission, sont arrêtés par la commission médicale d'établissement. Parmi ces représentants, la moitié au moins devra être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedi après-midi, de dimanche et de jours fériés sous forme de permanence sur place ou d'astreinte.

Les services, départements ou autres structures ayant opté pour une organisation en temps médical continu doivent obligatoirement être représentés par un membre du personnel médical du service, du département ou de la structure concernée.

La commission de l'organisation de la permanence des soins établit son règlement intérieur.

Article 8 - Modifié par Arrêté 2005-06-28 art. 3 JORF 14 juillet 2005

Les attributions de la commission relative à l'organisation de la permanence des soins :

La commission :

- définit annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- donne un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens.
- donne son avis sur les conventions de coopération prévues à l'article 3 ci-dessus ;
- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement.

12.2 Principe de régularité

- Réduction du Temps de Travail :

- Décrets statutaires du 7 octobre 2002,
- Arrêté du 17 octobre 2002
- Décret et arrêté du 9 octobre 2003.

- Permanence des soins :

- Arrêté du 30/04/2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique,
- Circulaire DHOS/M/M2/2003 n°219 du 06/05/2003.
- Circulaire du 30 juillet 2003.
- Arrêté du 8 novembre 2013
- Arrêté du 4 novembre 2016
- Arrêté du 1^{er} décembre 2016

- Compte Epargne Temps (CET) :

- Décret du 18 novembre 2002 modifié par décret du 9 octobre 2003
- Décret du 19 octobre 2004 sur financement,

- Décret n° 2007-1430 du 4 octobre 2007,
- Décret n° 2008-455 du 14 mai 2008 et arrêtés du 14 mai 2008
- Décret n°2012-1481 du 27 décembre 2012 et circulaire n° DGOS/RH4/2013/116 du 15 mars 2013
- Arrêté du 17 avril 2014 sur les modalités de comptabilisation et de transfert

12.3 Principe de responsabilité

L'organisation des activités et du temps de présence médicale et pharmaceutique est arrêtée annuellement par le directeur de l'établissement après avis de la Commission relative à l'organisation de la permanence des soins (COPS) par secteur d'activité dans la limite des ressources disponibles et de la commission médicale d'établissement.

12.4 Principe de réalité

L'organisation des activités et du temps de présence médicale tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement.

12.5 Financement

● Permanence des soins hospitalière (PDSH)

Le financement de la PDSH est assuré par une dotation MIG qui concerne les gardes sur place et les astreintes à domicile, hors urgences et psychiatrie (confère ANNEXE 2).

● Les Services assurant des gardes sont :

Anesthésie

Gynécologie

Pédiatrie

Urgences

● Les Services assurant des astreintes opérationnelles sont :

Cardiologie

Médecine

● Les Services assurant des astreintes de sécurité sont :

Laboratoire

Pharmacie

Psychiatrie

13 Définitions

13.1 Activités dites de services

Sont intégrés dans le temps de travail médical :

- les activités cliniques réalisées dans l'établissement, sur plusieurs sites ou sur plusieurs établissements,
- les activités institutionnelles réalisées dans l'établissement ou hors de l'établissement dès lors qu'elles le sont pour l'établissement (réunions ARS,)
- l'activité libérale réalisée au sein de l'établissement (deux demi-journée au maximum)
- le temps de garde ou de permanences sur place, le temps d'astreinte et de déplacement conjoint
- les activités d'intérêt général, de gestion ou de contribution institutionnelle,
- les activités d'enseignement au sein de l'établissement dont l' IFSI/IFAS. Concernant les écoles, une option est à prendre (soit paiement par les écoles du temps de formation (donc hors temps de travail) soit non paiement (inclus alors dans le temps de travail)).
- les activités s'inscrivant dans le cadre de coopérations, réseaux interventions et coordinations sur sites ou établissements multiples effectuées au titre du service hospitalier, (une ou deux demi-journées), (GHT),
- les activités syndicales,
- les périodes de formation continue.
- Les démarches qualité (EPP, RMM, REX.....)

13.2 Les obligations de service et leurs limites

13.2.1 Obligations quotidiennes : définitions de travail de "jour" et travail de "nuit" liées à l'application de la permanence des soins

Base de référence = la présence physique d'un médecin dans le service soit :

- Amplitude de "jour" : de 8h30 à 18h30 (matin et après-midi) divisé en deux plages (08h30 - 13h30 et 13h30 - 18h30) du lundi au vendredi et de 08h30 à 13h le samedi matin, validé en COPS le 18 mai 2017.
- Permanence de "nuit" : de 18h30 à 8h30 (garde ou astreinte) divisé en deux plages (18h30 à 01h00 et de 01h00 à 08h30).
- Pour les praticiens libéraux exerçant par vacation, il est précisé que la durée d'une vacation est de 3h30 au minimum (base de calcul : 35 heures hebdomadaires). En effet, il n'est pas rendu à ces derniers du temps RTT.
- Pour les praticiens exerçants en temps partagé au Centre Hospitalier de Saumur avec d'autres établissements, il est précisé que la durée du temps de travail est de 4h (hors temps de trajet) (Base 39 H : Ils bénéficient, au compte-prorata, de temps RTT et congés annuels à la charge du CH Saumur).

Cette obligation de service dit « de jour » de 10 demi-journées (qui concerne le médecin) est à distinguer de l'obligation réglementaire de couverture médicale des services (qui concerne l'organisation des services) qui est de 11 demi-journées (le samedi matin est inclus et ne correspond donc pas à une période d'astreinte ou de garde). Chaque service informe la COPS et la Direction des Affaires Médicales de son organisation annuelle prévisionnelle. Elle est annexée au contrat de pôle.

13.2.2 Obligations annuelles

1b- En travail discontinu

Mode de calcul de l'obligation de service annuelle⁵ (Conférence ANNEXE 3)

Lorsqu'un praticien travaille à temps partiel, les obligations de services sont proratisées. (Conférence ANNEXE 4)

2b - En travail continu

Dans les services à activité continue, les obligations de service hebdomadaire d'un praticien qui exerce à temps plein sont fixées à 48 heures maximum. (ex : 1 PH à temps partiel 50 % devra réaliser 24 heures)

Les modalités du calcul des obligations de service en temps continu (Conférence ANNEXE 3)

⁵ L'obligation de service est variable selon les années : années bissextiles ou jour férié en date d'un repos hebdomadaire (samedi-dimanche.)

3b- Les congés de l'année

Adaptation des capacités aux besoins au cours des périodes de congés scolaires

Comme la plupart des établissements hospitaliers, le C.H Saumur connaît des variations saisonnières concernant son activité. Si les périodes de janvier à mars peuvent conduire à un besoin d'augmentation des moyens, celles inhérentes aux vacances scolaires, tout au long de l'année, affectent l'activité programmée et peuvent conduire, ce fût le cas par exemple pour les vacances de Pâques 2017, à une sous-occupation (30 à 40 lits vacants). Conformément à ce qui se pratique dans la plupart des établissements publics et privés, le C.H Saumur doit donc prendre en compte ces variations d'activité. Des anticipations sont nécessaires afin de donner une lisibilité aux personnels médicaux et non médicaux s'agissant de la programmation des congés et éviter ainsi le recours au temps de travail additionnel et à l'intérim.

Structures chirurgicales : Arrêt de l'activité programmée

- entre le 25 décembre et le 1er janvier inclus.
- Première semaine des vacances de Pâques
- 2 semaines au minimum entre le 14 juillet et le 15 août
-

Structures médicales : Regroupements

- au cours de la période estivale,
- entre le 25 décembre et le 1er janvier inclus
- Pédopsychiatrie - Hôpital de jour fermeture 1 semaine à Noel et sur l'été
-

Procédures de déclarations de congés :

► Les périodes de congés annuels sont à intégrer aux tableaux de service validés par le responsable de service et le Chef de Pôle.

Les congés annuels peuvent se prendre en journée ou demi-journée. La période de congés d'été est fixée de mi-juin à mi-septembre. Chaque praticien, s'il le souhaite, doit être en mesure de bénéficier de 3 semaines de congés contigües ou non, durant cette période.

Les prévisions de congés annuels du 1^{er} semestre doivent être établies pour le 1^{er} décembre de l'année précédente et le reliquat pour le 31 mars de l'année en cours.

► Les congés de l'année (soit 25 jours ouvrés pour un praticien à temps plein) doivent être pris avant le 31 décembre de l'année en cours.

► Comme pour les personnels non médicaux, les périodes de congés annuels doivent être concertées au sein du service sous la responsabilité du chef de pôle et du responsable de service.

Des principes d'équité doivent être précisés et respectés. La programmation des congés annuels pour la période estivale et pour toute période en général ne peut, sous réserve d'autorisation préalable de la Direction (après concertation du directoire),

donner lieu, sous quelque forme que ce soit, à des compensations de temps médical sans aucun recours à des remplaçants, augmentation du temps de travail d'un praticien à temps partiel exerçant au sein du service, temps additionnel....

Néanmoins, sous la condition d'équilibrer son temps médical dans le quadrimestre, un praticien à temps partiel pourra ajuster périodiquement son temps de travail afin de permettre la continuité du service

4b - Les vacances scolaires :

Sauf circonstances exceptionnelle et sous réserve d'un accord de l'équipe médicale du service concerné, toujours sans contrepartie de renfort de temps médical, un même praticien ne peut bénéficier de l'intégralité des vacances scolaires lorsque celles-ci s'étalent sur 2 semaines. Au cours de la période estivale, du 21 juin au 21 septembre, à l'identique de ce qui est validé pour les personnels non médicaux, une période de congés annuels de 3 semaines (discontinues ou non) peut être programmée sous réserve d'un accord dans le service. Si après concertation du service, une période supplémentaire est accordée à un ou des praticiens, cela ne pourra donner lieu, sous quelque forme que ce soit, à des compensations de temps médical par recours à des remplaçants, augmentation du temps de travail d'un praticien à temps partiel exerçant au sein du service, temps additionnel....

- Les congés annuels non pris au 31 décembre peuvent être portés sur le C.E.T. Les droits à congés des praticiens exerçant à temps partiel sont réduits au prorata de leur temps de travail.
- Les jours de RTT peuvent être pris jusqu'au 31 mars de l'année n+1.

A cette date, les soldes de RTT (à hauteur de 20 jours par an maximum conformément à la réglementation) sont automatiquement versés sur le Compte Epargne Temps.

► Le CET peut être alimenté soit par :

- le report des congés annuels (5 jours maximum)
- le report de jours RTT
- le report des jours de récupération des périodes de temps de travail additionnel, des astreintes et des déplacements non indemnisés (sans limitation).

Au terme du 31 décembre de l'année en cours :

1) Si le CET au 31 décembre est inférieur ou égal à 20 jours.
les jours demeurent obligatoirement épargnés sous forme de congés.

2) Si le CET au 31 décembre est supérieur à 20 jours.

les 20 premiers jours demeurent inscrits au CET sous forme de congés.
Pour tous les jours au delà du 20ème jour, le praticien doit opter au plus tard le 31 mars de l'année n+1 :

- soit une indemnisation des jours, rémunérée à hauteur de 300 € brut par jour.
- soit le maintien des jours sur le CET à raison de 20 jours par an maximum et dans la limite d'un plafond global de 300 jours (208 jours à partir de 2016). Le choix du praticien est irrévocabile.

Une combinaison des deux options est possible.

En cas d'absence d'option au 31 mars de l'année n+1, les jours excédant le seuil de 20 jours sont maintenus sur le CET.

D'une manière générale, il est à noter que ne s'appliquent plus :

- le délai de prévenance
- le délai de validité de 10 ans du CET
- le départ aménagé pour les plus de 55 ans.

Le Chef de Pôle ou, à défaut, le responsable de la structure interne organise, après consultation des praticiens et sur la base de l'organisation du temps de travail, la prise des jours de congés sur certaines périodes de l'année en fonction de l'activité.

Pour cette prise de congés, le praticien peut utiliser des jours de congés annuels, des jours de réduction du temps de travail, des jours de récupération et des jours accumulés sur son compte épargne-temps.

La Direction des Affaires Médicales établit chaque année un bilan de la situation individuelle des RTT de chaque praticien et lui adresse, ainsi qu'à son responsable de service et chef de pôle, un relevé de situation sur la situation cumulée de son CET.

La réglementation précise que le nombre maximum de jours d'absence ne peut excéder 31 jours consécutifs, y compris les congés annuels et les R.T.T (hormis le cas de reprise de jours sur le Compte Epargne Temps, autorisé par la Direction et sous réserve d'un accord dans le service).

13.2.3 Obligations hebdomadaires

En service discontinu :

- 10 demi-journées « de service de jour » pour les praticiens temps plein.

Cette obligation de service dit « de jour » de 10 demi-journées (qui concerne le médecin) est à distinguer de l'obligation réglementaire de couverture médicale des services (qui concerne l'organisation des services) est de 11 demi-journées (le samedi matin est inclus et ne correspond donc pas à une période d'astreinte ou de garde).

Concernant les PH exerçant une activité hebdomadaire réduite, l'obligation hebdomadaire est de 5 demi-journées pour les PH à 50% et 8 demi-journées pour les PH à 80%.

Il n'y a aucune borne inférieure clairement définie de la durée hebdomadaire de travail.

Cependant, lors de la mise en place de la loi sur l'aménagement et la réduction du temps de travail, 20 jours de RTT (réduits à 19 RTT - jour de solidarité) avaient été donnés aux praticiens hospitaliers comme à la plupart des cadres non dirigeants pour compenser le delta 35 - 39 heures hebdomadaires.

En service continu :

- 48 heures par semaine pour les praticiens temps plein.

Concernant les PH exerçant une activité hebdomadaire réduite, l'obligation hebdomadaire est de 24 heures pour les PH à 50% et 38 h 40 pour les PH à 80%.

13.2.4 Obligations mensuelles : les obligations de service "de nuit, de week-end et de jours fériés"

(d1) L'arrêté du 30 avril 2003, modifié par Arrêté 2005-06-28 art. 4 I II JORF 14 juillet 2005, indique une fréquence maximale souhaitable de :

- trois nuits par semaine ou deux demi-astreintes suivant deux demi-périodes de permanence sur place par semaine ;
- deux dimanches ou jours fériés par mois.

Mais ils peuvent, à titre volontaire, dépasser ces normes dans les limites compatibles avec la bonne exécution de leur service quotidien.

(d2) - Les assistants associés et les praticiens attachés associés ne peuvent pas effectuer d'astreintes à domicile.

(d3) - Cas particuliers :

Selon l'article R 6152-28 du Code de la Santé Publique, « les praticiens ont la responsabilité médicale de la continuité des soins. Ils ne peuvent se soustraire de la participation au service de permanence des soins.

Peuvent être exonérés de la participation à la permanence des soins de nuit, samedi après-midi, dimanche et jour férié :

- sur avis du médecin du travail, les praticiens accomplissant leur service à mi-temps pour raison thérapeutique qui peuvent demander à en être dispensés ;
- les praticiens qui font l'objet d'une décision temporaire de cessation de participation, conformément à leurs statuts.

Les praticiens peuvent être dispensés, sur demande officielle auprès du directeur et après concertation du Directoire de leur participation à la permanence des soins de nuit :

- à compter de l'âge de soixante ans, pour les praticiens qui présentent une demande motivée et sous réserve des nécessités de service sur avis du responsable de la structure et de la commission de l'organisation de la permanence des soins ;
- sur concertation avec le service, pour les femmes enceintes à compter du troisième mois de grossesse.

Le praticien peut à titre volontaire dépasser ces normes dans les limites compatibles avec la bonne exécution de son service normal de jour.

13.2.5 Obligations quadrimestrielles

Un praticien doit justifier, en moyenne, sur quatre mois, d'avoir accompli l'ensemble de ses obligations de service, de jour et de nuit.

13.3 Notion de permanence des soins (Arrêté du 30 avril 2003)

13.3.1 L'activité médicale en demi-journées

Le service quotidien de jour consiste en deux demi-journées, du lundi matin au samedi matin inclus (soit 11 demi-journées).

Les praticiens hospitaliers à temps plein ont l'obligation d'effectuer 10 demi-journées

Le service de permanence des soins est assuré :

- soit par une permanence sur place.

Dans ce cas l'équivalence temps se décompose comme suit :

- nuit : deux demi-journées
- samedi après midi : une demi-journée

- dimanche (journée) ou jour férié (journée) : deux demi-journées.

- soit par une astreinte à domicile (opérationnelle ou de sécurité).

L'astreinte s'effectue soit à domicile, soit dans tout autre lieu au choix du praticien, « à condition qu'il soit joignable en permanence et qu'il puisse intervenir dans des délais raisonnables ».

13.3.2 L'activité en temps médical continu :

Par dérogation, les activités médicales peuvent être organisées en heures dans les structures "en temps médical continu".

Cette organisation concerne les activités suivantes :

- anesthésie-réanimation,
- accueil et traitement des urgences

13.4 Notion de « repos quotidien » et de repos de sécurité

Le Code de la Santé Publique dispose que l'ensemble des praticiens « bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de 11 heures consécutives par période de 24 heures.

13.4.1 - dans les services à permanence sur place :

Le repos quotidien concerne, en application des dispositions réglementaires en vigueur, l'ensemble des personnels médicaux impliqués dans l'organisation de la permanence et la continuité des soins.

L'instauration du repos quotidien obligatoire répond à des exigences de qualité des soins. Le droit au repos quotidien est tout autant un principe de protection sociale en faveur des praticiens qu'un principe de sécurité sanitaire au bénéfice des patients.

Il consiste en une interruption de toute activité pendant 11 heures consécutives, immédiatement après une permanence sur place. Il constitue une obligation légale.

Toute période de travail doit être suivie d'un repos d'une durée équivalente. La durée maximale de travail continu ne peut excéder 24 h (service quotidien de jour et permanence inclus), en dehors de la procédure particulière liée à des impératifs de continuité de soins.

Le praticien bénéficie du repos quotidien le lendemain de sa permanence. Le tableau du service de ce praticien doit prendre en compte ces absences prévisibles.

En l'absence de prise du repos quotidien après des permanences sur place la nuit en semaine (nuit du dimanche à nuit du jeudi), le tableau de service devra mentionner le maintien de l'activité médicale du praticien concerné.

Le Centre Hospitalier de Saumur n'indemnisera ces périodes de travail non réglementaires qu'en cas de contractualisation pour nécessités de service ou en cas de circonstances exceptionnelles validées par le responsable de service et la Direction des Affaires Médicales.

Enfin, il est rappelé, que le principe du repos quotidien est incompatible avec un cumul d'emplois. L'exercice d'une activité extérieure, par un praticien hospitalier, doit faire l'objet d'une déclaration et d'une autorisation du Directeur de l'établissement employeur.

13.4.2 - dans les secteurs à astreintes :

Concernant les praticiens qui effectuent des déplacements au cours d'une astreinte de nuit, l'application du repos quotidien est prévue par la réglementation. Celle-ci prévoit en effet que « le temps de soin réalisé au cours d'une astreinte constitue du temps de travail effectif et est pris en compte pour l'attribution du repos quotidien ».

L'application sans nuance d'un dispositif qui repose sur le caractère imprévisible des déplacements peut être préjudiciable à l'organisation des soins et avoir des conséquences dans la prise en charge des patients. Il est en effet rappelé que l'intérêt du patient demeure le principe déontologique premier qui guide l'action du praticien hospitalier.

Aussi, pour concilier l'organisation programmée des soins, le principe de la continuité médicale, et le repos minimum dû aux praticiens, chaque service devra rechercher une solution d'organisation spécifique afin de limiter au maximum l'exposition aux risques. Ces propositions seront présentées pour validation à la COPS puis à la CME (Conformément au Règlement Intérieur des astreintes, validé en COPS en date du 09 mars 2015)

A titre d'exemple, des pistes seront approfondies par des réorganisations internes (ex : un long programme opératoire ne devra pas être précédé d'une nuit d'astreinte) et par toutes solutions de mutualisation des ressources humaines médicales de plusieurs établissements pour assurer l'astreinte

13.5 Notion de "sujéction"

L'indemnité de sujéction correspond au temps de travail effectué la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou jour férié.

13.6 Notion de "temps de travail additionnel"

Au-delà des obligations de service, le praticien peut acquérir du temps additionnel qui peut être, selon son choix, soit récupéré, soit déposé sur un compte épargne temps, soit indemnisé selon les critères décrits ci après.

Conformément à la réglementation, la COPS doit planifier les plages de temps additionnel nécessaires à la continuité de l'activité médicale.

Le temps de travail additionnel est comptabilisé à la fin de chaque quadrimestre sur la base d'un état quadrimestriel. Il peut être récupéré, versé au CET ou rémunéré en fonction des budgets disponibles et sur la base de règles proposées par la COPS à la CME.

Il est rappelé que « les indemnités de temps additionnel ne peuvent se cumuler totalement avec les indemnités de sujexion pour une même période de temps de travail ». La base de l'indemnisation du temps additionnel correspond à l'indemnité forfaitaire moins l'indemnité de sujexion perçue. Le temps de travail additionnel de jour et le temps de travail en lien avec la permanence des soins n'ouvrent pas les mêmes droits aux indemnités de sujexion.

Pour trois services en temps continu, l'indemnisation du temps additionnel est égale à l'indemnité forfaitaire de temps de travail additionnel accompli de jour.

La COPS a retenu le principe d'un découpage annuel correspondant au calendrier :

1^{er} quadrimestre : 17 semaines

2^{ème} quadrimestre : 18 semaines

3^{ème} quadrimestre : 17 semaines

13.7 Limites des obligations

- Gardes

Un praticien en service continu ne peut être de permanence sur place pendant plus de vingt-quatre heures consécutives soit 48h hebdomadaires (gardes comprises).

- Astreintes

Un même praticien ne peut, sauf nécessité impérieuse de service et à titre exceptionnel, être mis dans l'obligation d'assurer une participation supérieure à :

- trois nuits par semaine ou deux demi-astreintes suivant deux demi-périodes de permanence sur place par semaine ;
- deux dimanches ou jours fériés par mois.

Mais il peut, à titre volontaire, dépasser ces normes dans les limites compatibles avec la bonne exécution de son service normal de jour.

13.8 Le cas particulier des « insuffisances » : obligations de services non réalisées

Lorsque le temps de travail réalisé durant une année est inférieur à 416 demi-journées (Base pour un temps plein sans tenir compte des congés bonifiés triennaux), le praticien verra sa situation régularisée, par priorité,

- ▶ Soit par une reprise des congés de l'année non pris,
- ▶ Soit par une reprise des droits épargnés sur le CET, ▶ Soit par une diminution de ses émoluments statutaires par 30^{ème} de mensualité au titre du service non fait (sauf dans les cas d'absence pour motif médical : accident du travail, maladie,...)⁶.

13.9 Les astreintes

L'astreinte à domicile peut prendre la forme :

- ▶ Soit d'une astreinte opérationnelle dans les activités donnant lieu régulièrement à des appels,
- ▶ Soit d'une astreinte de sécurité dans les activités ne donnant lieu qu'à des appels peu fréquents.

L'astreinte est soit rémunérée soit récupérée.

⁶ Arrêté du 30 avril 2003 et circulaire n° 219 du 6 mai 2003 ; date d'effet : 1^{er} janvier 2003.

13.9.1 Rémunération

La réglementation prévoit :

- ⇒ que l'indemnisation de l'astreinte comprend :

- une indemnité de base.

- une indemnité au titre du ou des déplacement(s).

- ⇒ que les déplacements d'au moins 3 heures donnent lieu au versement d'une demi période de temps additionnel, en remplacement de l'indemnité de base de cette demi période.

- ⇒ que les indemnités versées au titre d'une astreinte opérationnelle ou de sécurité ne peuvent excéder le taux fixé pour une période de temps additionnel de nuit.

Conformément à l'arrêté du 8 novembre 2013, le temps de trajet du praticien entre son domicile et son lieu d'exercice est pris en compte dans le temps de présence dans l'établissement.

13.9.2 Récupération

La récupération du temps effectué des astreintes est prévue par la réglementation. Elle s'inscrit dans le cadre du respect de la continuité du service qui doit pouvoir être assurée pendant 11 demi-journées par semaine. Les temps de récupération doivent être identifiés dans les plannings prévisionnels et réalisés.

Les samedis matins travaillés doivent être récupérés (par demi-journée ou possibilité de cumul de 2 demi-journées maximum) dans les 2 mois qui suivent.

Forfaitisation

Une éventuelle forfaitisation des astreintes est prévue par la réglementation. Il s'agit alors d'un contrat annuel renouvelable, passé entre le responsable de la structure et le directeur, dans le respect de l'enveloppe allouée à l'établissement pour le financement de la permanence des soins au titre du budget de l'année, dans le respect de la réglementation et sous réserve d'une diminution des permanences sur place.

La forfaitisation s'applique à une activité dans son ensemble et non de manière nominative.

13.10 Disposition d'ordre comptable

Les différents tarifs en vigueur appliqués sont joints en annexe au présent guide (conférez ANNEXE 1).

➤ Le suivi des déplacements

Chaque praticien effectuant une astreinte à domicile note, à chaque déplacement, sur le registre situé au standard accueil :

- l'heure de l'appel reçu au cours de l'astreinte ;
- ses heures d'arrivée et de départ de l'hôpital ;
- les initiales du nom pour chaque malade soigné et par référence à la nomenclature des actes médicaux, l'indication des soins dispensés.

► Les modalités de comptabilisation des indemnités :

La période mensuelle commence au début de la période de jour du premier lundi de chaque mois et s'achève le premier lundi du mois suivant à la même heure, chaque période mensuelle comportant ainsi quatre ou cinq semaines entières.

13.11 Absence d'un médecin inscrit au tableau des permanences sur place ou des astreintes

(a) Objet

Définir une conduite à tenir lors du constat de l'absence programmée ou inopinée d'un médecin inscrit au tableau de service prévisionnel.

En aucun cas, le praticien terminant son astreinte ou sa garde ne devra quitter l'établissement sans que la permanence des soins ne soit assurée.

Le standard dispose de l'ensemble des numéros de téléphone des praticiens.

a. Cas de l'absence prévue et programmée (anticipée)

Tout médecin qui constate qu'il ne pourra pas assurer sa participation à la permanence des soins devra :

- organiser son remplacement en obtenant l'accord d'un autre praticien ;

Et, s'agissant des permanences sur place et astreintes à domicile, informer :

- Le directeur ou son représentant en lui transmettant un écrit cosigné du remplacé et du remplaçant (article 12 de l'arrêté du 30 avril 2003) ou un courrier électronique avec copie au remplaçant,

- Le standard,
- Le ou les services concernés.

b. Cas de l'absence imprévue et constatée à la prise de permanence ou d'astreinte ou en cours de permanence ou d'astreinte

- Vérifier la réalité de l'absence

La personne qui constate l'absence (praticien ou standardiste) devra par tous moyens vérifier la réalité de l'absence (BIP, téléphone fixe, téléphone portable, présence en chambre de garde, présence dans le service ou en bloc opératoire, etc...).

- Cas de la permanence sur place

L'absence imprévue est constatée au début de la permanence (18h30) ou au changement de praticien le weekend ou les jours fériés.

A 18 H 30 :

Le responsable du service ou le praticien qui constate l'absence du médecin inscrit sur le tableau de permanence prévient le Directeur de garde. Ils recherchent ensemble une solution.

Au changement de permanence en cours de week-end

- Le praticien qui achève sa période de permanence s'assure de la prise de relais par le médecin qui assure la période suivante, et quitte l'établissement après avoir effectué cette vérification.

- En l'absence de son successeur, il fait procéder aux vérifications prévues au paragraphe « Vérifier la réalité de l'absence ».

- Puis il recherche avec l'appui du standard et du Directeur de garde le ou les praticiens qui pourront effectuer le remplacement du médecin absent.

- Médecin d'astreinte non joignable

La personne qui constate le problème ou le standard mettent en œuvre les dispositions du paragraphe « Vérifier la réalité de l'absence », page 24.

Puis la personne qui a constaté l'absence avertit le directeur de garde qui prend les mesures nécessaires à l'organisation de la suppléance.

13.12 Dispositif des congés

13.12.1 Les congés exceptionnels

Les praticiens hospitaliers, les praticiens adjoints contractuels, les assistants et les assistants associés, les praticiens attachés et les praticiens attachés associés, à temps plein ou temps partiel, peuvent être autorisés par le Directeur (Il ne s'agit pas d'un droit absolu. Le principe de la continuité des soins demeure prioritaire), à prendre des congés exceptionnels, comme suit :

- 5 jours ouvrables pour le mariage ou PACS du praticien,
- 1 jour ouvrable pour le mariage d'un enfant,
- 3 jours ouvrables pour chaque naissance ou arrivée au foyer d'un enfant adopté ou confié en vue de son adoption,
- 3 jours ouvrables en cas de décès ou de maladie très grave du conjoint, des pères, mère, beau père, belle mère, , enfants du praticien ou d'une personne avec laquelle ce dernier est lié par un PACS (Code du travail du 08 août 2016)
- 1 jour ouvrable pour le décès des frères, sœurs et des grands-parents

La demande d'autorisation doit être effectuée au moment de l'événement. Ces congés exceptionnels ne peuvent être « stockés ». Par ailleurs, la prise de ces congés n'est pas fractionnable.

Pour bénéficier de ces autorisations, le praticien doit adresser à la Direction des Affaires Médicales un justificatif (certificat de décès, de grave maladie, de décès, de mariage, de naissance).

Il est également intégré dans cette partie « congés exceptionnels » les missions du praticien telles que, les missions auprès du ministère, à l'H.A.S. et les missions humanitaires, la réserve opérationnelle.

NB : Article R. 6159-29 modifié par décret n° 2010- 1141 du 29 septembre 2010

Les praticiens hospitaliers régis par la présente section doivent participer aux jurys de concours et d'examens organisés par le ministère de la santé ou sous son contrôle ainsi que dans les conditions définies par le ministère de la santé, à l'enseignement et à la formation des personnels des hôpitaux ou organismes extrahospitaliers du secteur. Ces activités donnent lieu au versement d'indemnités de participation aux jurys de concours, à l'enseignement et à la formation des personnels.

Pour exercer ces droits, le praticien doit adresser à la Direction des Affaires Médicales un justificatif.

Les congés exceptionnels devant être neutres pour le calcul de la durée de travail accomplie, toute demi-journée de congé exceptionnel est décomptée pour une demi-période d'obligation de service. Pour les services en temps médical continu, la demi-journée de congé exceptionnel est valorisée à hauteur de 4 h 48 mn.

13.12.2 Les grèves

Le praticien en position de grève est décompté comme une absence sur la rémunération, de la manière suivante :

- 1/60ème de retenue pour une grève inférieure ou égale à 1 heure,
- 1/50ème de retenue pour une grève supérieure à 1 heure mais n'excéder pas la demi-journée
- 1/30ème de retenue pour une grève supérieur à la demi-journée sans excéder une journée,

13.12.3 Le congé maladie et accident du travail-accident de trajet

Les congés maladie et accident du travail devant être neutres pour le calcul de la durée de travail accomplie, toute demi-journée de congé maladie et accident du travail est décomptée pour une demi-période d'obligation de service. Pour les services en temps médical continu, la demi-journée de congé maladie et accident du travail est valorisée à hauteur de 4 h 48 mn.

(d) Congé maladie

Le praticien en position d'activité est de droit placé en congé maladie en cas de maladie dûment constatée.

Le praticien doit prévenir son service dès le premier jour d'absence et adresser le volet 3 du certificat d'arrêt de travail dans les 48 heures directement à la Direction des Affaires Médicales en s'assurant que les dates d'arrêt soient lisibles.

Les volets 1 et 2 doivent être adressés dans les 48 heures à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Statut : Prise en charge par l'établissement

- Praticien hospitalier, Praticien des hôpitaux à temps partiel,

3 mois de plein traitement (90 jours)

6 mois à demi-traitement (180 jours)

-Arrêté du 9 février 2017 et entré en vigueur le 1^{er} avril 2017

Praticien attaché, praticien contractuel et assistant

3 mois de plein traitement (90 jours)

3 mois à demi-traitement (90 jours)

(2/3 si 3 enfants à charge)

(e) Accident de travail-accident de trajet-malade imputable au service

Tout accident de travail ou de trajet doit faire l'objet d'une déclaration écrite de l'agent (document blanc intitulé « Enquête administrative », visée par le responsable de service, adressée à la Direction des Affaires Médicales dans les 48

heures accompagnée du certificat médical d'accident. Le dossier sera alors transmis à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui devra statuer sur la reconnaissance ou non de l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie.

Statut : Prise en charge par l'établissement

- Praticien hospitalier, Assistants

Plein traitement pendant 1 an puis avis du comité médical

- Praticien des hôpitaux à temps partiel, Praticien attaché, praticien contractuel

Plein traitement pendant 6 mois puis avis du comité médical

(f) Le congé maternité (code CM) et le congé paternité

Le congé maternité et paternité devant être neutre pour le calcul de la durée de travail accomplie, toute demi-journée de congé maternité et paternité est décomptée pour une demi-période d'obligation de service. Pour les services en temps médical continu, la demi-journée de congé maternité et paternité est valorisée à hauteur de 4 h 48 mn.

f - 1 - Congé maternité :

Pour l'ouverture du droit à congé maternité, l'agent doit présenter un certificat médical attestant de l'état de grossesse avant la fin du 3ème mois. Les droits sont ouverts en fonction de la date présumée d'accouchement inscrite sur le certificat médical obligatoire devant parvenir à l'employeur avant la fin du 4ème mois.

La durée du congé est celle prévue par la législation du régime général de la sécurité sociale, elle est variable selon la situation familiale et le nombre d'enfants attendus :

Voir tableau ci-dessous

Durée du congé maternité			
Situation familiale	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé maternité
Vous attendez un enfant et vous (ou votre ménage) avez moins de deux enfants à charge ou nés viables	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Vous attendez un enfant et vous avez déjà au moins deux enfants à votre charge effective et permanente (ou à	8 semaines	18 semaines	26 semaines

celle de votre ménage) ou vous avez déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables			
Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Vous attendez des triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines

f - 2 - Avancer le début du congé prénatal:

Si vous attendez un enfant et que vous avez déjà au moins deux enfants à charge ou déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables, vous pouvez demander à avancer le début de votre congé prénatal de deux semaines maximum.

Si vous attendez des jumeaux, vous pouvez demander à avancer le début de votre congé prénatal de quatre semaines maximum. Dans les deux cas, la durée de votre congé postnatal sera réduite d'autant.

f - 3 - Reporter une partie du congé prénatal sur le congé postnatal :

Pour offrir plus de liberté aux femmes dont la grossesse se déroule bien et leur permettre de passer davantage de temps avec leur bébé, les modalités du congé maternité ont été assouplies : vous pouvez demander à reporter une partie de votre congé prénatal (les 3 premières semaines maximum) sur votre congé postnatal.

Ce report peut se faire avec l'accord de votre médecin :

- soit en une seule fois pour une durée maximale de 3 semaines ;
- soit sous la forme d'un report d'une durée fixée par votre médecin et renouvelable (une ou plusieurs fois) dans la limite de 3 semaines.

Quand l'accouchement intervient plus de 6 semaines avant la date initialement et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, le congé maternité est augmenté du nombre de jour courant de la date effective de l'accouchement à la date du début de congé maternité initialement prévue.

En cas d'accouchement tardif, le congé prénatal est prolongé jusqu'à la date de l'accouchement. Le congé postnatal n'est pas réduit et démarre à la date de naissance de l'enfant.

Sur prescription médicale, une période supplémentaire de repos de 2 semaines au maximum (14 jours) peut être attribuée au cours de la période prénatale en cas d'état pathologique résultant de la grossesse.

f - 4 - Congé d'adoption :

Le droit est ouvert à compter du jour de l'arrivée de l'enfant au foyer. Il est ouvert à la mère ou au père adoptif lorsque les deux conjoints travaillent. Il doit être accordé sur présentation du titre de placement.

Durée du congé :

- En cas d'adoption du 1er ou 2ème enfant, la durée du congé est de 10 semaines,
- En cas d'adoption portant à 3 ou plus le nombre d'enfants à charge, la durée est de 18 semaines,
- En cas d'adoption multiple, la durée du congé est porté à 22 semaines quel que soit le nombre d'enfants déjà à charge.

f - 5 - Congé de paternité :

Depuis le 1er janvier 2002, tout futur père à droit à un congé de 11 jours « calendaires » consécutifs et non fractionnables, y compris samedis et dimanches, qui peuvent être portés à 18 jours en cas de naissances multiples. Le praticien peut prendre s'il le souhaite un congé d'une durée inférieure.

Le congé doit être pris dans les quatre mois suivant la naissance de l'enfant et débuter effectivement avant l'expiration de ce délai, sauf en cas d'hospitalisation de l'enfant, ou du décès de la mère.

Ce congé de 11 jours peut s'ajouter aux 3 jours déjà accordés au père dans un délai de 15 jours à partir de la date de naissance de l'enfant.

Le père doit informer la direction des affaires médicales, par lettre recommandée avec accusé de réception, 1 mois minimum avant la date choisie du congé de paternité qu'il souhaite prendre. L'agent devra obligatoirement préciser la date de naissance de l'enfant ou la date prévue de naissance, la date de début et de fin de congé. Il devra également joindre la photocopie du livret de famille (ou de l'extrait d'acte de naissance ou bien encore du certificat médical attestant de la date prévue de naissance).

Une lettre type de demande de congé paternité vous est proposée ci-dessous. Si la date réelle de l'accouchement est différente de la date estimée, le congé paternité ne peut être décalé qu'avec l'accord du responsable de service et du directeur, qui peuvent donc refuser une modification des dates initiales du congé de paternité.

LETTRE-TYPE :

DEMANDE DE CONGE DE PATERNITE A ADRESSER PAR LE PRATICIEN A LA DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES
PAR LETTRE RECOMMANDEE AVEC A/R 1 MOIS AU MOINS AVANT LE DEBUT SOUHAITE DU CONGE :

Nom, Prénom

Adresse Lieu,

date

Madame, Monsieur,

En vertu de l'article L. 122.25.4 du code du travail, je vous informe que mon enfant est né (ou devrait naître) le « date », je souhaite bénéficier du congé paternité à partir du « date du début des 11 jours » jusqu'au « date de fin des 11 jours ».

Je vous joins la photocopie de livret de famille (ou de l'extraite d'acte de naissance ou bien encore du certificat médical attestant de la prévue de la naissance).

Je vous prie d'agrérer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

« Signature »

Statut Prise en charge par l'établissement

- Praticien hospitalier, Praticien des hôpitaux à temps partiel, Assistant, Praticien attaché, Praticien contractuel
Plein traitement pendant la durée du congé maternité, du congé d'adoption et du congé paternité

13.13 La formation

Conformément à la réglementation, le projet de plan de formation (prévisionnel) est présenté pour avis à la Commission Médicale de l'Etablissement au cours du dernier trimestre de l'année N-1 pour laquelle il s'applique. Après validation par le directeur, il est mis en œuvre sous la responsabilité et le suivi du chef de pôle et du directeur des affaires médicales. Toute demande d'action de formation individuelle n'entrant pas dans le cadre du plan de formation validé peut être prise en compte (substitution d'une formation par une autre, validation du fait de son intérêt évident,...) sous réserve d'une validation au préalable par le Président de la C.M.E et du Directeur. La C.M.E en est ensuite informée

Le plan de formation réalisé est présenté pour information à la C.M.E au cours du 1^{er} trimestre de l'année N + 1.

(a) Objectifs

- La commission FMC prépare le plan de formation dans le respect des crédits budgétaires annuels :
- cotisation de 0.75 % à l'ANFH (en tout ou partie) du montant des rémunérations des médecins et pharmaciens
- budget sur les fonds d'établissement pour les formations non prises en charges par l'ANFH.

Pour la construction du plan de formation, la commission veille à la cohérence entre les différentes formations et le trajet médical de l'établissement.

Elle instruit les actions pouvant faire l'objet d'un financement sur plusieurs années.

Elle examine les formations et les valide en fonction des critères définis en CME et des crédits disponibles.

- La commission définit les priorités de l'établissement en matière de formation :

- Les priorités institutionnelles :
 - Formations réglementaires (liée aux autorisations de l'établissement : vigilance, sécurité transfusionnelle, Autorité de Sûreté Nucléaire, Capacité de Médecine d'Urgences etc...)
 - Formations en lien avec le projet d'établissement (liée au développement d'activités médicales en lien avec le projet médical, projet de pôle, certification, Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens...).
- Les priorités individuelles :
 - Projet de pôle/projet de service
 - Maintien des connaissances
 - Continuité de la permanence des soins

- La commission établit un bilan annuel qu'elle présente en CME.
- Le Praticien peut réaliser une formation à titre personnel. Dans ce cas, les frais de formation sont à sa charge et la formation est réalisée hors temps de travail. La formation peut être rajoutée à l'historique formation du praticien pour traçabilité sur demande au service formation avec les justificatifs nécessaires (programme et attestation de présence).

(b) Fonctionnement

Les réunions

Le nombre de réunions de la commission FMC est fixé annuellement à une par trimestre.

En cas de besoin, des réunions exceptionnelles peuvent être prévues, soit à l'initiative du Président soit à la demande du tiers au moins des membres de l'instance.

Les membres de la commission de FMC se réunissent, sur convocation du Président adressée selon le calendrier annuel.

L'ordre du jour est établi par le Président.

Le Président peut inviter un praticien ou un expert, pour avis technique, à l'occasion d'un débat sur un projet particulier.

Le compte rendu de la réunion est préparé par le Président et soumis à l'approbation des membres lors de la séance suivante.

Le Président signe le compte rendu.

Les demandes de formation

Le formulaire de demande de formation est instauré et mis en annexe du règlement intérieur et une procédure est établie et intégrée dans Qualnet.

Le praticien peut effectuer une formation à titre personnel. Dans ce cas, elle est réalisée hors temps de travail et les frais sont à sa charge. Elle peut être rajoutée à l'historique du praticien pour traçabilité sur demande au service formation en adressant les justificatifs nécessaires (programme et attestation de présence).

Les obligations du praticien

Obligation de présence et de passer les épreuves, (attestation et résultats à fournir à la commission FMC par l'intermédiaire du service formation).

Obligation de retour d'expérience aux équipes par des staffs et à la CME

DROIT STATUTAIRE A LA FORMATION MEDICALE CONTINUE :

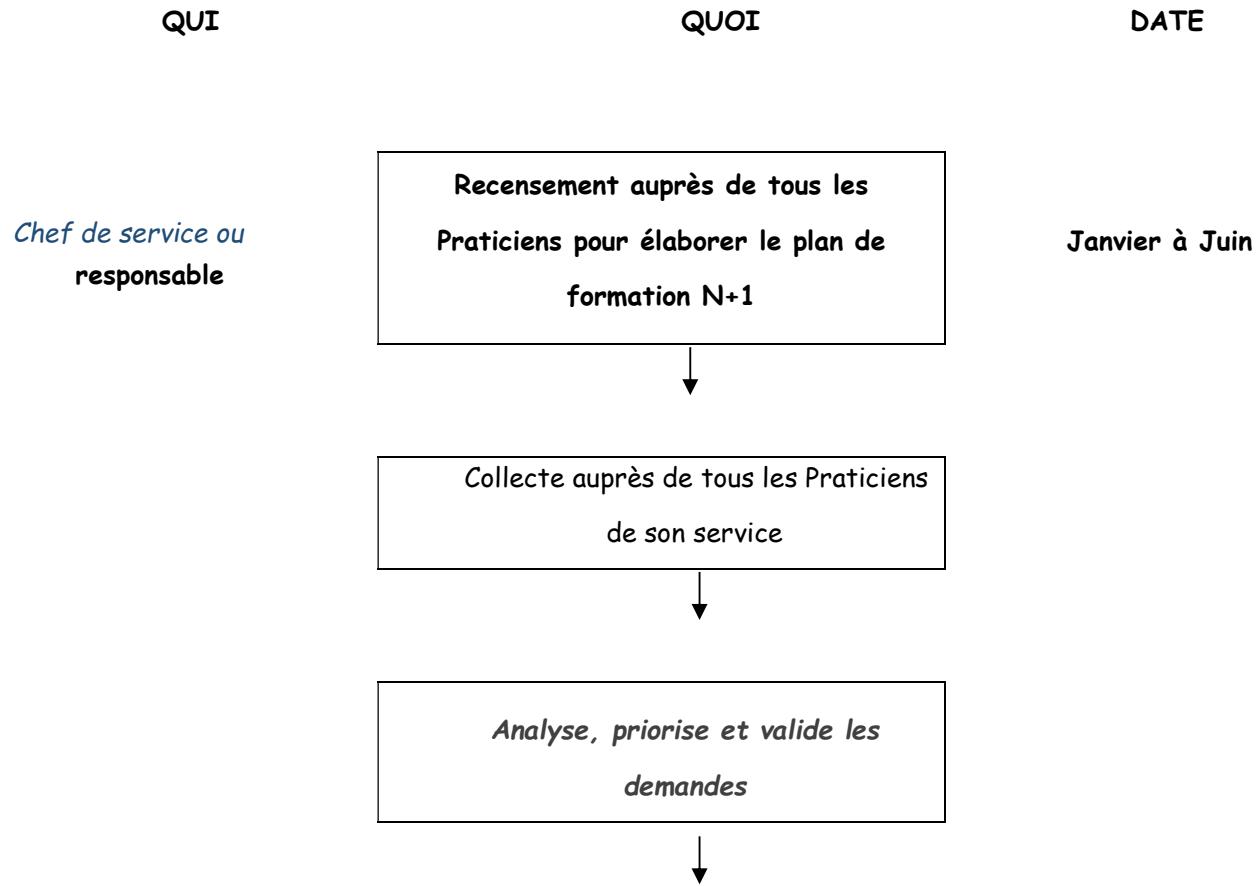
Statut	Temps Plein	Temps Partiel	Droits de congé
Praticien Hospitalier		100%	<p>15 jours/an</p> <p><i>Ces jours peuvent être cumulés sur 2 ans après validation du directeur.</i></p>
Praticien Hospitalier		80%	<p>12 jours/an</p> <p><i>Ces jours peuvent être cumulés sur 2 ans après validation du directeur.</i></p>

Praticien Hospitalier		50%	6 jours/an <i>Ces jours peuvent être cumulés sur 2 ans après validation du directeur.</i>
Praticien Attaché / associés		- 3 *demi-journées / hebdo entre 3 et 9 *Dj / hebdo 10 *Dj / hebdo	2 jours/an 6 jours/an 8 jours/an <i>Ces jours peuvent être cumulés sur 2 ans après validation du directeur.</i>
Praticien Contractuel temps plein			8 jours/an <i>Ces jours peuvent être cumulés sur 2 ans après validation du directeur.</i>
Praticien Contractuel temps partiel			5 jours/an <i>Ces jours peuvent être cumulés sur 2 ans après validation du directeur.</i>

Praticien Assistant			15 jours/an <i>Ces jours peuvent être cumulés sur 2 ans après validation du directeur.</i>
Praticien Assistant temps partiel			12 demi-journées/an <i>Ces jours peuvent être cumulés sur 2 ans après validation du directeur.</i>

Réglementairement le budget alloué à la formation médicale continue est de 1% de la masse salariale. La somme allouée par journée de formation (tous statuts confondus) est égale à : budget alloué / nombre total de journées de FMC.

DEMANDE DE FORMATION INSTITUTIONNELLE ET INDIVIDUELLE



Chef de pôle

Analyse et valide les demandes de tous les services de son pôle

Septembre à
Octobre

Commission FMC

- ✓ Classe les formations par priorité
- ✓ Etablit un plan de formation (pluriannuel possible)
- ✓ Valide les formations par priorité en fonction du budget alloué

Octobre à
Novembre

- ✓ Présentation et validation en commission DPC et en CME

Novembre à
Décembre

Affaires Médicales

Signe les ordres de missions



Retour du programme validé au Chef de pôle, puis au Chef de service, puis aux Praticiens

Décembre

Les demandes individuelles non recensées au plan de formation seront étudiées lors des commissions FMC trimestrielles.

Rien ne s'oppose à ce qu'un Praticien puisse faire une formation dont la prise en charge ne peut être assurée par l'établissement.

Elle sera alors entièrement à sa charge et s'effectuera hors temps de travail du praticien.

L'inscription à une formation est à l'initiative du médecin.

Toute demande de formation fait l'objet d'un ordre de mission et doit respecter la procédure en vigueur.

(c) Prises en charge financières de la FMC

Le budget est validé chaque année par le Directeur Général.

Toute demande de prise en charge de FMC doit obligatoirement être présentée au service formation **un mois avant la formation** en utilisant le formulaire de demande prévu à cet effet

Tous les frais doivent être avancés par le Praticien.

Le remboursement est plafonné au montant alloué à chaque Praticien.

Pour info :

Frais d'hébergement : 60€/jour petit déjeuner inclus

Frais de repas 15.25€

Le déplacement se fait prioritairement par le train sur la base du billet SNCF 2^{ème} classe.

Si des difficultés d'accès au lieu de formation le justifient, le recours à l'utilisation du véhicule personnel est permis. Dans ce cas, le remboursement est prévu sur la base du trajet le plus court entre CH Saumur-lieu de formation ou domicile-lieu de formation.

Base des indemnités kilométriques

- 0.25 € du km pour tout véhicule d'une puissance fiscale inférieure à 6 CV
- 0.32 € du km pour tout véhicule d'une puissance fiscale comprise entre 6 et 7 CV
- 0.35 € du km pour tout véhicule d'une puissance fiscale supérieure ou égale à 8 CV

Ne sont pas pris en compte les frais de carburant et de parking.

Demande de remboursement

Les remboursements se font dans la limite des crédits disponibles, pour des actions ayant reçu un avis favorable de la commission de formation et sur présentation de justificatifs.

Liste des justificatifs nécessaires aux remboursements :

- Factures acquittées (frais d'inscription et/ou d'enseignement, billets de transport, facture d'hostellerie)
- Copie de la carte grise du véhicule, si utilisation du véhicule personnel
- Ordre de mission
- Photocopie de l'attestation de présence (quelque soit le mode de prise en charge financière)

Les formulaires de demande de formation et de demande de remboursement seront disponibles au service de Formation Continue Médicale.

Les outils de gestion du temps de travail

Il suppose des préalables, des indicateurs de suivi :

- un tableau de service général annuel ;
- un tableau de service nominatif mensuel (prévisionnel et définitif) ;
- un récapitulatif quadrimestriel des obligations de service pour chaque praticien.

13.14 Tableau général annuel

Doit être défini pour chaque service, par chaque responsable de service et chef de pôle en concertation avec les praticiens. Il aborde différents aspects :

13.14.1 Activité

1a - La description de l'activité

Une estimation de son évolution prévisible et une estimation de la répartition de la charge de travail sur l'année

2a - Ressources médicales disponibles :

L'évaluation de leur volume et leur répartition prévisionnelle sur l'année (congés absences longue durée, postes vacants)

13.14.2 Organisation

- Répartition hebdomadaire
- Type des activités médicales de jour
- Besoins de permanences et principes d'organisation
- Estimation du besoin en temps additionnel
- Règles de planification des congés annuels et des RTT

13.15 Tableau de service

(a) Objectifs

Le tableau de service du personnel médical, validé par le directeur ou son représentant et après proposition du chef de pôle ou son représentant, répond à deux grands objectifs :

- recenser, de façon simple, les informations relatives au temps de travail prévisionnel et réalisé des praticiens,
- servir de base au calcul du temps additionnel par praticien.

(b) Principes

Un tableau de service élaboré sous l'autorité du responsable de service qui valide :

- le tableau de service prévisionnel permettant d'assurer le bon fonctionnement du service et la continuité des soins,
- au terme des quatre ou cinq semaines écoulées, les temps de présence réalisés par ses praticiens sur la période considérée.
- le décompte du temps s'effectue en demi-journées pour les services étant en temps médical discontinu.

(c) Tableau prévisionnel

Le tableau prévisionnel décrit :

- la répartition nominative des présences de tous les praticiens (du service ou non) qui vont assurer la réalisation des différentes activités du service, gardes et astreintes incluses (conformément au tableau général annuel).
- Les absences pour congés, RTT, formation... sont planifiées

La réglementation prévoit « qu'il est arrêté par le directeur, sur proposition du responsable de service conformément à l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique arrêtée annuellement par le directeur après avis de la CME.

Il répartit les sujétions par roulement entre les praticiens.

Il comporte l'indication détaillée des périodes de temps de travail de jour et de nuit et d'astreinte à domicile.

Il est affiché dans les services et communiqué à chaque praticien concerné ».

Les tableaux prévisionnels doivent être validés par le chef de service ou responsable de service puis par le chef de pôle au plus tard le 20 du mois précédent et remplis sur 6 mois, conformément à la procédure du 19 janvier 2015 disponible sur QUALNET intitulée Direc-P-002.

Dès qu'ils sont remplis et mis à jour, un mail sera envoyé à la Direction des Affaires Médicales (affaires-medicales@ch-saumur.fr).

Par délégation du Directeur Général, la validation des plannings prévisionnels est effectuée par le Directeur Adjoint des Affaires Médicales via la signature électronique.

(d) Tableau réalisé

Il est établi au vu de la réalité des activités et absences constatées.

Il est validé par le chef de service.

Il est transmis à la DAM et sert de base au calcul des éléments variables (indemnités de sujexion, d'astreinte) à l'élaboration du récapitulatif quadrimestriel et au calcul du temps additionnel.

Les tableaux de services réalisés sont opposables :

- « Le tableau mensuel de service réalisé est adressé au comptable pour le mandatement des indemnités, comme état des services faits ».
- « le versement de la rémunération statutaire et des différentes indemnités est conditionné par la constatation du service fait sur la base du tableau réajusté ».

Les règles sont les mêmes que celles des tableaux prévisionnels. Ils doivent être validés le 05 du mois suivant.

Exemple : le prévisionnel de janvier 2017 aurait dû être rempli le 20 décembre 2016 et le définitif de janvier sera établi pour le 05 février 2017.

A partir du 05 du mois la Direction des Affaires Médicales vérifie l'exhaustivité des plannings réels. S'il manque des informations, une relance sera faite par la DAM auprès du Chef de Pôle.

Les signatures scannées sont mises en place à compter du 01 janvier 2017.

(e) Calendriers des tableaux de services et des tableaux de gardes :

Il est nécessaire de faire concorder ces deux calendriers sur la base de tableaux mensuels en 4 semaines ou 5 semaines pour se mettre en conformité avec la réglementation qui prévoit que « la période mensuelle des tableaux de gardes commence au début de la période de jour du 1er lundi de chaque mois et s'achève le 1er lundi suivant à la même heure, chaque période mensuelle comportant ainsi 4 semaines ou 5 semaines entières »

13.16 Modalités réglementaires de calcul pour la rémunération au titre de la permanence médicale

13.16.1 Principes

La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS), définit annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre.

Elle propose le nombre de plages nécessaires à la continuité des soins pour les services fonctionnant en temps continu :

- pour les gardes sur place en obstétrique, en anesthésie, en pédiatrie, aux urgences
- pour le temps additionnel sur la base des enveloppes fermées allouées par la Direction.

13.16.2 Modalités de calcul du temps additionnel

Le temps additionnel se décompte par quadrimestre.

L'indemnisation du temps additionnel de l'ensemble des praticiens est payée par quadrimestre échu.

L'enveloppe est partagée sur l'ensemble des praticiens de l'établissement au sein des services qui disposent d'une enveloppe de temps additionnel.

Certains praticiens sont prêts à réaliser un volume de temps additionnel important. Il appartient au responsable de service de réguler au sein de chaque service le volume de temps additionnel réalisé par chaque praticien.

14 TEMPS DE TRAVAIL DES INTERNES

Textes réglementaires :

- Décret N°2015-225 du 26 février 2015
- Arrêté du 30 juin 2015

14.1 Les obligations de service des internes

Le temps médical des internes comprend **10 demi-journées par semaine** dont :

- 8 demi-journées de stage, en moyenne sur le trimestre.

Les gardes et astreintes sont comprises dans ces demi-journées. Une garde de nuit est comptabilisée comme 2 demi-journées.

Les astreintes (y compris le temps de trajet) sont considérées comme du temps de travail effectif et intégrées dans les obligations de service

Il est rappelé que l'interne bénéficie d'un repos de sécurité immédiatement à l'issus de chaque garde et à l'issue du dernier déplacement survenu pendant une période d'astreinte.

Pendant cette période de stage, de jour et/ou de nuit, l'interne est sous la responsabilité du praticien responsable de son lieu de stage ;

L'interne bénéficie d'un temps de pause d'une durée minimale de 15 mn par demi-journée en stage.

- 2 demi-journées par semaine hors stage, en moyenne sur le trimestre dont :

- Une demi-journée de temps de formation, pendant laquelle l'interne est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité. Cette demi-journée est décomptée comme du temps de travail effectif et décomptée des obligations de service ;
- Une demi-journée de temps personnel de consolidation des connaissances et des compétences, à utiliser par l'interne de manière autonome. Cette demi-journée n'est pas décomptée comme du temps de travail effectif mais est comptabilisée dans les obligations de service de l'interne.
- La formation en stage ainsi que la demi-journée de formation, ne peuvent excéder 48h par période de 7 jours (en moyenne par trimestre)

- Un tableau de service nominatif prévisionnel est mis en place. Le tableau de service est rempli par l'interne et validé par le responsable de service.

14.2

Modalités de recours en cas de dépassement des obligations de service

En cas de désaccord individuel sur l'application des règles du temps de travail ci-dessus exposées sur son lieu de stage, l'interne peut saisir :

- le Directeur et le Président de CME de sa structure d'accueil ainsi que le Doyen
- si le désaccord persiste, le Directeur de l'ARS

Les internes représentants de la CME de l'établissement où l'interne est affecté peuvent également saisir le Directeur de l'ARS de la situation. Ce dernier peut demander le réexamen de l'agrément de service.

15 QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES MEDECINS

La politique de Qualité de Vie au Travail (QVT) du corps médical s'articule avec certaines préconisations du groupe sociétal notamment celles concernant la définition et attributions des fonctions de « chef de pôle », « chefs de service » et « responsable d'unité fonctionnelle », leur évaluation.

Elle concerne l'ensemble des praticiens au delà des différences statutaires et aussi les internes ...

Cette politique est déclinée en 8 orientations qui reposent notamment sur une identification des risques a posteriori, les préconisations du ministère, le référentiel QVT de la HAS. Elle devra être formatée en PAQ après validation par les instances.

15.1 Accueil du médecin

Mettre en place une formation systématique avant une prise de fonctions d'encadrement médical (chefs de pôle, chefs de service, de pôles, responsabilité d'unité fonctionnel ou d'une activité transversale..). Pour cela s'appuyer sur les formations dispensées par le CNG ou sur celles organisées par l'établissement.

Éventuellement dans les secteurs d'activité ou de responsabilité difficiles, prévoir un coaching pour assurer un conseil et un appui après le prise de fonctions d'encadrement (supervision etc....)

Pour les chefs de service actuellement en poste proposer une formation institutionnelle sur la fonction d'encadrement médical, de travail en équipe, de gestion de conflit, de gestion de projet..

15.2 Organisation logistique

Assurer aux médecins des conditions matérielles d'exercice satisfaisantes dès leur prise de fonction (bureau (éventuellement partagé), secrétariat médical, téléphone, adresse mail..) en fonction des ressources disponibles de l'établissement.

15.3 Prévenir les risques psychosociaux

Mettre en place un dispositif de dépistage des risques psychosociaux et d'aide à la résolution des difficultés interpersonnelles rencontrées par les praticiens. (Recours à une médiation médicale ...).

Veiller à la prévention du « burn out » ou de « lassitude » professionnelle...

15.4 Gestion du temps de travail

Dans le cadre des contraintes d'organisation de l'activité médicale, et compte tenu de l'évolution de la vie sociétale croissante du corps médical, prendre en considération autant que possible les nécessités de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale dans l'élaboration des tableaux de service et de garde, voire dans la mise en place de temps choisi. Cette orientation est à décliner notamment dans le cadre de la répartition des gardes et astreintes, la politique de temps partiel, la définition des plages de congés annuels...

15.5 Valorisation de l'activité des praticiens

Valoriser les réalisations, les engagements et investissements significatifs des médecins au plan institutionnel notamment par communication interne et externe.(publications, participation à des sociétés savantes...).

15.6 Aspect salariaux et gestion du temps médical

Dans le cadre de la mise en place de la GHT du 49, harmoniser les politiques salariales et de gestion du temps médical des établissements autant que possible (engagements des directions du GHT et du Collège Médical, à renoncer aux surenchères salariales et débauchages de médecins...).

15.7 Entretien annuel personnalisé

Le médecin comme tout agent du service public se doit de s'approprier et de participer aux objectifs du pôle, du service, mise en acte du PROJET de POLE, du PROJET de SERVICE, du PROJET de SOIN. A ce titre, il est par conséquent juste qu'il puisse être évalué dans cette appropriation lors d'un entretien dit « entretien annuel personnalisé » destiné à :

- Faire le point avec lui quant à ses projets professionnels voire personnels à répercussions professionnelles (congés sabbatiques, formation longue, mutation, ..)
- Faire le point quant à ses fonctions dans le service, le pôle, recueillir son vécu, les pistes d'évolution attendues,
- Discuter avec lui, voire poser les fonctions dans le service, les missions plus transversales dont il est désormais chargé,
- Présenter le planning pour l'année à venir en fonction de l'évolution du projet de service, de l'évolution de l'activité, de la démographie médicale.

Le chef de pôle déclinerait ce même dispositif à l'égard des responsables et chefs de service.

15.8 Les internes

Développer la politique d'accueil des internes, la qualité de leur encadrement par les séniors, (notamment le programme de formation dispensé par leurs séniors) en veillant au respect des dispositions régissant leur temps de travail.

ANNEXE 1

Tarifs de la permanence des soins au 1^{er} février 2017

- astreinte opérationnelle : 42,64 € + 1^{er} déplacement 66,19 €, à partir du 2^{ème} déplacement : 71.61 € ;
- $\frac{1}{2}$ astreinte opérationnelle : 21.30€ + 1^{er} déplacement 66,19 €, à partir du 2^{ème} déplacement : 71.61 €
- astreinte de sécurité : 30,91 € + 1^{er} déplacement 66,19 €, à partir du 2^{ème} déplacement : 71.61 € ;
- $\frac{1}{2}$ astreinte de sécurité : 15.47 € + 1^{er} déplacement 66,19 €, à partir du 2^{ème} déplacement : 71.61 €
(Plafonnée à 160.68 €)
- sujétions (dimanche et jours fériés, nuits) : 267.82 € et $\frac{1}{2}$ sujétions (samedi après-midi) : 133.90 €.

ANNEXE 2

Montants alloués par l'Agence Régionale de la Santé (A.R.S) pour le financement de la permanence des soins :

- Les Services assurant des gardes sont :

Anesthésie : 161 060 €

Gynécologie : 75 784 €

Pédiatrie : 75 784 €

Urgences : -

- Les Services assurant des astreintes opérationnelles sont :

Cardiologie : 75 784 €

Médecine : 15 776 €

Radiologie : 75 784 €

- Les Services assurant des astreintes de sécurité sont :

Laboratoire : 15 776 €

Pharmacie : 15 776 €

Psychiatrie : -

ANNEXE 3

MODALITE DE CALCUL DE L'OBLIGATION DE SERVICE ANNUEL

1 - En travail discontinu

365 Jours dans l'année

104 jours de repos hebdomadaires

25 jours ouvrés de congés annuels

19 jours RTT

9 jours fériés hors week-end (en 2017)

208 jours de travail ou 416 demi-journées

2 - En travail continu

$$48 \text{ h } 00 : 5 = 9 \text{ h } 36 \text{ ou } 9.60$$

$$48 \text{ h } 00 \times 52 \text{ semaines} = 2 \text{ 496 h } 00$$

$$25 \text{ CA} + 19 \text{ RTT} + 9 \text{ Fériés} = 53 \text{ jours} \times 9.60 = 508 \text{ h } 48 \text{ ou } 508.80$$

$$2 \text{ 496 h } 00 - 508 \text{ h } 48 = 1 \text{ 987 h } 12$$

$$2 \text{ 496} - 508,80 = 1987 \text{ h } 20$$

ANNEXE 4

OBLIGATIONS DE SERVICES ET DROITS A CONGES

PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN EXERCANT	PRESENCE PAR SEMAINE EN DEMI- JOURNEES	DROITS A CONGES ANNUELS	DROITS A RTT	DROITS A FORMATION
100 %	10	25	19	15
90 %	9	22.5	17	12
80 %	8	20	15	12
70 %	7	17.5	13	12
60 %	6	15	11	12
50 %	5	12.5	9.5	6

Pour les praticiens hospitaliers à temps plein avec une activité réduite, la quotité va de 5 à 9 demi-journées seulement et pas en deçà

ANNEXE 5

GLOSSAIRE DES CODES A UTILISER DANS LE REMPLISSAGE DES TABLEAUX DE SERVICES

P = Présence

AC = Activité par convention

AL = Activité Libérale

AE = Activité d'Enseignement

D = Mission auprès du Ministère, à l HAS, Missions Humanitaires, Réserve Opérationnelle, Réunion GHT

EF = Jours mariage, naissance ou adoption, décès

F = Formation interne ou externe

RS = Repos de Sécurité pour les gardes

RAST = Récupération du temps généré par les astreintes opérationnelles ou de sécurité

ABS = Absence non justifiée

CA = Congés Annuels

RTT = Réduction de Temps de Travail

AM = Arrêt Maladie

CM = Congés Maternité

CP = Congés Paternité

AT = Accident du Travail

CAA = Congés Annuels Antérieurs

RTTA = Réduction du Temps de Travail Antérieur

RSA = Récupération de temps antérieur

JF = Jours Fériés

G = Garde de 14 heures (18h30-8h30)

GA = Garde de 19heure 50 (13h-8h30) pour le samedi jour et nuit

GB = Garde de 24h00 (8h30-8h30) pour le dimanche ou férié jour et nuit

GC = 10 heures (8h30-18h30)

GD = 5 heures 50 (13h00-18h30) pour le samedi jour

A = Astreinte de sécurité ou opérationnelles (18h30-8h30)

AA = Astreinte de sécurité ou opérationnelle (13h00-8h30) pour le samedi jour et nuit

AB = Astreinte de sécurité ou opérationnelle (8h30-8h30) pour le dimanche ou férié jour et nuit

AC = Astreinte de sécurité ou opérationnelle (8h30-18h30) dimanche ou férié jour

AD = Astreinte de sécurité ou opérationnelle (13h00-18h30) pour le samedi après-midi



Règlement intérieur des astreintes et des Gardes du centre Hospitalier de Saumur

Les textes réglementaires

- Directive 2003/88/CE du 4 novembre 2004 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail
- Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- **Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**
- **Arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique**
- **Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes modifié par l'arrêté du 8 novembre 2013.**
- INSTRUCTION N° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à

l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

- Circulaire DHOS/M 2 n° 2003-219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaire.
- Courrier de la DGOS à la FHF en date du 30/01/2018, précisant les modalités de rémunération du temps de travail additionnel généré en astreinte
- **Charte du temps de travail médical et de la qualité de vie au travail du Centre Hospitalier de Saumur de 2017,**
- Le projet régional de santé Pays-de-la-Loire 2018-2022 adopté par le Directeur Général de l'ARS
- VU les propositions présentées par la Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins (COPS) en date du 9 mars 2015 et du 27 avril 2015 et l'avis de la COPS en date du 27 avril 2015
- VU l'information de la Commission Médicale d'Établissement en date du 28 avril 2015 et son avis du 17 décembre 2019
- Vu la concertation du Directoire en date du 14 avril 2015 et du 17 décembre 2019
- Compte tenu de la fréquence et la nature des interventions constatées lors des périodes d'astreinte les années précédentes
- Compte tenu du fait que ces interventions sont majoritairement assurées lors de la première période d'astreinte,
- Compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité du service et la prise en charge des patients hospitalisés ou consultants,
- Compte tenu de la nature des patients pris en charge et la nécessité d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence en dehors du service quotidien,

Sommaire

Les textes réglementaires	477
1. Objet et champ d'application	480
1.1 Objectifs généraux du règlement intérieur.....	480
1.2 Objectifs opérationnels du règlement intérieur.....	480
1.3 Cadre de mise en place des astreintes et gardes au CH de Saumur	481
2. L'organisation de la permanence des soins	482
2.1 Définitions.....	482
2.2 L'organisation des activités et du temps de présence médicale au CH de Saumur	483
3. Principes généraux de décompte du temps en garde et en astreinte	484
3.1 Décompte en garde	484
3.2 Décompte en astreinte.....	485
3.3 Règles de conversion du temps de travail et modalités d'indemnisation	487
4. Astreintes et repos réglementaire	490
4.1 Obligation de repos	490
4.2 Repos quotidien, déclinaisons opérationnelles et dérogations.....	490
5. Cas particuliers de suspension de la participation à la permanence des soins	493
6. Modalités de suivi de cette mise en œuvre	494

1. Objet et champ d'application

1.1 Objectifs généraux du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur concilie différents objectifs :

- Assurer le respect des principes de la protection de la sécurité et de la santé des praticiens,
- Assurer la continuité des soins sans désorganiser les services et en limitant les impacts négatifs de réduction d'activité potentielle
- Assurer une équité entre les praticiens du Centre Hospitalier de Saumur grâce au présent cadrage général du dispositif.

1.2 Objectifs opérationnels du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur a pour objet de décliner les modalités d'organisation des astreintes médicales et du temps de travail additionnel, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Il présente à cette fin :

- les modalités de mise en œuvre et de suivi du nouveau dispositif de fonctionnement des astreintes et des gardes au regard de la nature des organisations médicales, des activités et des spécificités propres aux différentes spécialités ;
- les limites dans lesquelles devront s'inscrire les conditions de dérogations admises au Centre Hospitalier de Saumur, qui pourront être déterminées aux seins des pôles par la déclinaison de ce règlement, ainsi que la possibilité d'appréciation reconnue au praticien.
- les conditions de réalisation de temps de travail additionnel

Ce règlement a ainsi pour objectif:

- de garantir, conformément à la réglementation en vigueur, le respect du principe de repos des praticiens participant aux astreintes et aux gardes,
- de déterminer les modalités de mise en œuvre du repos quotidien, adaptée à l'organisation et à la nature de l'activité des services conformément à l'instruction DGOS 2014/101 du 31 mars 2014 qui permet l'aménagement du repos quotidien de 11 heures consécutives par période de 24 heures,
- de limiter l'impact potentiellement désorganisant pour les services en cas d'une application stricte, concernant les astreintes.

Le présent règlement s'applique à l'ensemble des personnels médicaux de l'établissement participant aux astreintes et aux gardes. Sont précisées lorsque nécessaire les conditions d'applications propres aux différents statuts concernés. Les règles définies trouvent à s'appliquer lors de déplacements exceptionnels, et ce dans les mêmes conditions que tout déplacement dans le cadre d'une astreinte simple.

1.3 Cadre de mise en place des astreintes et gardes au CH de Saumur

La mise en œuvre de la réglementation sur les astreintes et les gardes s'appuie sur la cartographie des activités ou tableau trimestriel de service, arrêté sous responsabilité du chef de service et du chef de pôle. Cette application nécessite également que soient identifiés les praticiens participants aux astreintes.

La loi HPST du 21 juillet 2009, qualifie la permanence des soins (PDS), de mission de service public à laquelle tout établissement de santé peut contribuer (article L 6112-1) et donne compétence au directeur général de l'ARS, pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission. L'ARS détermine tous les 5 ans au sein du Plan Régional de Santé un schéma de permanence des soins qui seront financés. Elle s'accompagne nécessairement d'une réflexion sur la rationalisation des lignes d'astreinte permettant de les adapter au plus près des besoins de la permanence des soins. Pour le CH de Saumur, le PRS 1 puis le PRS 2 ont déterminé le schéma de permanence des soins, accompagné de financements complémentaires.

2. L'organisation de la permanence des soins

2.1 Définitions

2.1.1 *La permanence des soins (PDS) :*

La permanence des soins en établissement de santé est qualifiée par la loi HPST du 21 juillet 2009 de mission de service public à laquelle tout établissement de santé peut contribuer (article L 6112-1) et donne compétence au directeur général de l'ARS, pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission.

La PDS se définit comme l'accueil et la prise en charge de patients nécessitant des soins non programmés :

- a. *le soir à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30,*
- b. *le samedi après-midi à partir de 13 heures*
- c. *le dimanche et jours fériés.*

La permanence des soins s'organisent en front d'astreinte ou de garde.

Un praticien assurant une astreinte ou une garde sur place répondra aux appels aussi bien pour un patient venant de l'extérieur (donc passant par les urgences en terme de non programmé) que pour un patient hospitalisé ayant nécessité d'une intervention médicale.

Il est à noter que l'EHPAD (deux sites) est couvert par le schéma de permanence des soins. Les certificats de décès se produisant dans les EHPAD du CH de Saumur le week-end sont signés par le médecin d'astreinte de médecine, de 8h30 à 18h30 samedis, dimanches et jours fériés. Les médecins interviennent dans les deux résidences Gilles de Tyr et Antoine Cristal.

2.1.2 *La continuité des soins :*

La continuité des soins concerne la prise en charge 24h/24 des patients et malades déjà hospitalisés et/ou admis aux urgences en-dehors des heures de la PDSES. (PRS 2018-2022).

Pour l'anesthésie, en raison des horaires d'ouverture du bloc opératoire, la continuité des soins s'étend du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00 et le samedi matin de 8h00 à 13h00. En-dehors de ces horaires, les prises en charge sont couvertes sous le régime des gardes ou astreintes prévues par spécialité.

2.1.3 *L'organisation par ligne d'astreinte*

- Chaque front d'astreinte ou de garde définie en COPS est placée sous la responsabilité d'organisation d'un praticien hospitalier titulaire désigné en COPS, connu et ayant accepté cette

mission. A défaut de praticien volontaire, la direction de l'établissement pourra organiser directement le front de permanence des soins.

- Ce praticien responsable de l'organisation de la ligne de gardes ou d'astreintes doit :
 - Organiser une planification des astreintes et gardes deux mois à l'avance a minima.
 - Revoir mensuellement la liste de garde ou d'astreinte en y intégrant les obligations et impossibilités dites de services (absences planifiées, contraintes de présences) ainsi autant que faire se peut les besoins personnels (congés, absences...)
 - Doit être garant d'une équité de traitement dans la participation de chacun des praticiens à la ligne de gardes ou d'astreintes lui incomtant, en termes de nombre de gardes ou astreintes de week-ends et jours fériés réalisées par chacun.
 - Doit être garant d'un respect des modifications apportées à la ligne de gardes ou d'astreintes (validation par mail ou autre écrit).
 - Doit justifier annuellement à la COPS des gardes et astreintes réalisées, des difficultés d'organisation éventuelle (problème de disponibilité médicale, non-respect du cadre légal)
- Le tableau des astreintes est actualisé et transmis *pour le 20 du mois M-1*.

2.2 L'organisation des activités et du temps de présence médicale au CH de Saumur

L'organisation des activités et du temps de présence médicale est arrêtée annuellement par le directeur de l'établissement sur proposition de la Commission relative à l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS), par secteur d'activité, dans la limite des ressources disponibles et après avis de la commission médicale d'établissement (CME). L'organisation des activités et du temps de présence médicale tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement (charte de la communauté médicale du Centre hospitalier de Saumur). La participation à la permanence des soins relève d'une obligation statutaire.

Le schéma suivant de permanence des soins est retenu pour le CH de Saumur :

- Garde d'anesthésie (reconnue en astreinte par le PRS2, financements complémentaires ARS)
- Garde d'urgences
- Garde de SMUR
- Garde de gynéco-obstétrique (reconnue en astreinte par le PRS2)
- Garde de pédiatrie (reconnue en astreinte par le PRS2, financements complémentaires ARS)
- Garde de cardiologie (reconnue en astreinte par le PRS2, financements complémentaires ARS)
- AO de médecine de WE
- Téléradiologie - AO de radiologie (reconnue en astreinte par le PRS2)
- Demi- AO de pharmacie en semaine, AO de WE (non reconnue par le PRS 2)
- Demi-AO de biologie en semaine, AO de WE (AO de week-end reconnue par le PRS2)
- Demi AO de psychiatrie en semaine, AO de WE (AO de week-end reconnue par le PRS2)

3. Principes généraux de décompte du temps en garde et en astreinte

3.1 Décompte en garde

La présence en garde sur place est décomptée comme temps de travail effectif. Ainsi :

- pour les praticiens en temps continu, chaque heure passée en garde compte comme heure travaillée. Les heures réalisées au-delà des obligations de service sont décomptées comme temps de travail additionnel et regroupées en plages à l'issue de chaque quadrimestre.
- Pour les praticiens en temps discontinu, chaque nuit ou journée passée en garde équivaut à deux demi-journées de travail. Les demi-journées réalisées au-delà des obligations de service sont décomptées comme demi-plages de temps de travail additionnel.

3.2 Décompte en astreinte

3.2.1 *Le temps pris en compte pour chaque déplacement*

Désormais, « le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés au cours d'une astreinte constituent du temps de travail effectif au sens de l'article 2 de la directive européenne » (INSTRUCTION N°DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014).

Par conséquent le temps de déplacement pour se rendre du domicile au lieu de réalisation de l'astreinte est pris en compte pour l'attribution du repos quotidien et du repos de sécurité.

- Ce temps de travail est décompté forfaitairement à hauteur d'une heure aller-retour, en négligeant les fractions.
- En cas de déplacements multiples, le temps de trajet décompté et cumulé ne peut excéder deux heures par période d'astreinte, et une heure le samedi après-midi.
- Ces trajets seront portés sur le registre de façon séparée du temps de travail réalisé sur place comme des appels. Ce temps de déplacement sera cumulé mensuellement en plages de 5 heures, traduites en demi-journées. Les heures restantes seront reportées au mois suivant.

3.2.2 *Le temps d'intervention sur place.*

Le décompte du temps de travail sur place, au sein de l'établissement, est décompté à l'heure.

Le cumul du temps réalisé, que ce soit sur un déplacement ou sur plusieurs, est décompté à l'heure en négligeant les fractions d'heure selon que la fraction est inférieure ou supérieure à une demi-heure.

Le décompte du temps d'intervention sur place et du temps de déplacement réalisé pendant la période d'astreinte ne peut être supérieure à 2 demi-journées.

Pour les astreintes opérationnelles, ce temps de travail effectif en astreintes est décompté et donne lieu, à l'issue de chaque quadrimestre, à conversion en plage de cinq heures, à partir desquelles est opérée l'indemnisation en demi-plage de temps additionnel.

3.2.3 *Le registre des déplacements en astreinte*

Conformément à l'article 19 de l'arrêté du 30 août 2003, « Chaque praticien effectuant une astreinte à domicile enregistre, selon des modalités arrêtées par le directeur sur proposition de la commission de l'organisation de la permanence des soins, les informations suivantes :

- l'heure de l'appel reçu au cours de l'astreinte ;
- ses heures d'arrivée et de départ de l'hôpital ;
- le nom pour chaque malade soigné et, par référence à la nomenclature des actes médicaux, l'indication des soins dispensés.

Ces informations sont transmises au directeur à la fin de chaque mois. »

Au Centre Hospitalier de Saumur, il existe au standard un registre des déplacements papier avec pages numérotées. Lors de l'appel à son domicile du médecin d'astreinte, le standard trace sur le registre des déplacements chaque appel. Tout appel en astreinte doit passer par le standard, afin d'en garder la trace.

A son arrivée sur site, le médecin d'astreinte se rend dans le service pour prendre en charge le patient qui a fait l'objet de l'appel. A son départ du site, le médecin renseigne au registre son heure d'arrivée et son heure de départ, son lieu d'intervention, le nom des patients concernés et appose sa signature. Toute intervention non déclarée sur le registre avant la fin de la période d'astreinte ne sera pas comptabilisée. Seules les informations portées au registre sont réputées comme valides.

Les médecins des services passés sous gestion du temps médical informatisé saisissent le temps d'intervention sur la plate-forme E-Connection (hors temps de trajet, généré automatiquement). Ils renseignent et signent le registre des déplacements au standard.

A la fin du mois médical, le bureau des affaires médicales récupère le registre, effectue les vérifications et saisit les heures d'arrivée et de départ dans le progiciel de paie, pour mise en paiement le mois suivant.

3.3 Règles de conversion du temps de travail et modalités d'indemnisation

3.3.1 *Le contrat annuel de temps de travail additionnel*

Chaque année, la direction des affaires médicales adresse à chaque médecin un contrat de TTA basé sur une observation de la participation de chaque médecin à l'astreinte ou la garde l'année précédente et le montant de TTA versé de manière correspondante.

Ce contrat porte sur :

- la quantité de TTA qui sera réalisée (indication d'un montant d'heures prévisionnelles, précision d'un recours ponctuel ou prévisionnel au TTA) ;
- sur le mode de valorisation du temps de travail additionnel : le praticien dispose d'un droit d'option lui permettant de choisir :
 - l'indemnisation de ce temps de travail,
 - la récupération
 - ou l'inscription sur CET.

Ce contrat de temps de travail additionnel est valide pour l'année civile. Ce contrat repose toujours sur le volontariat du praticien. La participation statutairement obligatoire à la permanence des soins n'implique ainsi pas d'obligation à la réalisation de TTA.

Cependant, il est fortement recommandé que le choix entre intégration dans les obligations de service ou indemnisation en temps de travail additionnel se fasse au niveau collectif pour l'ensemble des praticiens mono-appartenant participant au même tour d'astreinte ou de garde et non pas au niveau individuel.

Les médecins urgentistes se voient proposer un contrat de TTA intégrant des dispositions spécifiques sur le temps non posté, conformément à la Circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 et à l'Instruction n° DGOS-RH4/2015/234 du 10 juillet 2015

3.3.2 *Modalités de conversion et d'indemnisation pour l'astreinte*

- **Les règles d'indemnisation de l'astreinte**

Conformément à l'article, 2 de l'arrêté du 4 novembre 2016, au schéma régional de la permanence des soins et au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire du Maine-et-Loire mentionné au II de l'article L. 6132-2, les établissements parties au groupement ayant adopté un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné au niveau du groupement hospitalier de territoire, les astreintes à domicile sont indemnisées dans les conditions suivantes :

- indemnité forfaitaire de base pour une nuit ou deux demi-journées : 42,38 € brut ;
- indemnité forfaitaire de base pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi après-midi : 21,18 € brut

Cette indemnisation est versée le mois suivant de la réalisation de l'astreinte, d'après le tableau définitif des astreintes, signé par le praticien responsable de chaque front.

• **Les règles d'indemnisation des interventions sur astreinte**

- Une demi-indemnité de sujexion spéciale (ISS) pour 1 astreinte est versée mensuellement pour les *déplacements cumulés* de 5h (133.90€ brut)
- Une demi plage de temps de travail additionnel (TTA) jour est payée pour tout déplacement non fractionné de 3 à 5 h :
 - Si le médecin fait le choix de la récupération, le TTA est récupéré (ou versé sur son Compte Epargne Temps)
 - Si le médecin fait le choix du paiement, le TTA est payé, en plus de l'ISS, 160.68€ brut/plage
- En fin de quadrimestre, le temps réalisé au-delà des obligations de service et non réglé mensuellement génère du temps de travail additionnel (TTA). Ce temps est payé ou récupéré, suivant le choix des médecins :
 - Le *temps de trajet génère un forfait* déclenché automatiquement, à hauteur de 1h/trajet (dans la limite de 2h/astreinte).
 - Le reliquat de temps généré par des déplacements de moins de 3h

Aussi le versement de l'indemnisation du temps de travail additionnel et l'indemnité de sujexion spéciale en cas d'intervention sur astreinte sont cumulables.

3.3.3 Modalités de conversion et d'indemnisation pour la garde

- L'Indemnité de sujexion est versée mensuellement : 267.82€ brut pour 1 plage de garde

- En fin de quadrimestre, le temps réalisé au-delà des obligations de service génère du temps de travail additionnel (TTA) :
 - Si le médecin fait le choix de la récupération, le TTA est récupéré (ou versé au CET en fin d'année)
 - Si le médecin fait le choix du paiement, le TTA est payé (321.37 € brut/plage), en plus de l'ISS.
- Ce choix entre paiement ou récupération est réalisé annuellement par chaque praticien, sur sollicitation de la Direction des Affaires médicales.

4. Astreintes et repos réglementaire

4.1 Obligation de repos

L'arrêté du 8 novembre 2013 prévoit une obligation de repos pour le praticien ayant réalisé un déplacement durant une astreinte. Le respect du principe de repos est réaffirmé et doit permettre de garantir au praticien la possibilité de bénéficier d'un repos suffisant lui permettant de préserver sa santé et sa sécurité.

Le repos quotidien des praticiens implique **l'interruption de toute activité**. Le repos quotidien s'applique aux praticiens hospitaliers, assistants des hôpitaux, praticiens attachés, praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels.

4.2 Repos quotidien, déclinaisons opérationnelles et dérogations

4.2.1 *Repos quotidien pour les gardes*

Les repos quotidiens en sortie de garde doivent être systématiquement prévus par le planning prévisionnel de chaque tour de garde et s'appliquer. Ces repos correspondent à la durée passée en garde. Le temps maximal passé en garde ne peut excéder 24h consécutives.

Les praticiens sortant de garde peuvent effectuer, s'ils le souhaitent, des activités administratives sans lien avec la prise en charge d'un patient et inscrites en planning en temps de travail effectif.

A titre exceptionnel et en cas de nécessité impérieuse de service, la direction du Centre Hospitalier de Saumur peut demander au praticien de prolonger sa garde, afin d'assurer la continuité du service et la sécurité des soins en attendant de trouver un médecin pour assurer sa relève. Cela peut concerner par exemple le cas d'impossibilité pour le praticien prévu au planning de prendre sa garde et d'impossibilité pour le praticien d'être relevé de sa garde par un autre confrère. Cette demande

est écrite et remise en main propre au praticien. Le temps réalisé de manière exceptionnelle en plus de sa garde est décompté et tenu en compte dans le temps de repos quotidien en sortie de garde.

4.2.2 *Repos quotidien pour les astreintes*

Conformément à l'instruction DGOS du 31 mars 2014, **un repos quotidien de 11 heures consécutives par période de vingt-quatre heures est garanti au praticien et prend effet à compter de la fin du dernier déplacement réalisé au cours de l'astreinte**. Il consiste en un arrêt de toute activité pendant cette période. Pour rappel, le temps d'intervention et le temps de trajet sont pris en compte dans le temps de travail en astreinte. Le repos quotidien est donc susceptible de modifier la réalisation du tableau de service prévisionnel.

Par ailleurs, il ne peut être imposé à un praticien de réaliser plus de 3 astreintes par semaine et 2 dimanches ou jours fériés par mois. Chaque praticien peut dépasser cette limite à titre volontaire et dans les limites compatibles le bon fonctionnement du service.

Afin de tenir compte de l'organisation et de la nature de l'activité des services, l'instruction DGOS du 31 mars 2014 prévoit la possibilité pour les établissements d'adapter les conditions de mise en œuvre de ce repos en concertation avec les praticiens. En aucun cas un praticien ne peut travailler plus de 24 heures consécutives.

- **Les modalités d'application du repos compatibles avec l'organisation et l'activité du service sont déterminées à trois niveaux :**
 - **l'établissement** fixe, sur proposition de la COPS, le cadre général des dérogations pouvant être envisagées dans le respect des textes ;
 - **les pôles médicaux** déclinent, selon leurs spécificités et contraintes propres, les dispositions du règlement intérieur concernant les astreintes dans la limite des principes généraux énoncés ;
 - **le praticien**, étant considéré comme juge de l'évaluation du repos qui lui est nécessaire, pourra se voir reconnu une marge d'appréciation dans le respect du cadre limitatif arrêté par son pôle.

Chaque pôle devra donc déterminer les activités autorisées au décours d'une astreinte sur la période où le praticien est normalement en repos quotidien.

- **La COPS détermine les principes généraux** dans les limites desquels pourront être prévues des dérogations à l'application stricte du principe de repos tel que défini ci-avant. L'organisation envisagée au Centre Hospitalier de Saumur s'inscrit dans la volonté de garantir un repos suffisant, tout en préservant l'organisation des services.
- Il est retenu pour définition du repos garanti au praticien la disposition de la directive européenne du 4 novembre 2004, servant de base à la réglementation sur le temps de travail des praticiens, faisant référence au repos suffisant. Ce repos est défini comme « le fait que les travailleurs disposent de périodes de repos régulières dont la durée est exprimée en unités de temps et qui sont suffisamment longues et continues pour éviter qu'ils ne se blessent eux-mêmes ou ne blessent leurs collègues ou d'autres personnes et qu'ils ne nuisent à leur santé, à court ou à plus long terme, par suite de la fatigue ou d'autres rythmes de travail irrégulier. » La mise en œuvre de ce repos suffisant devra permettre de respecter le principe de repos du praticien de la manière la adaptée à l'organisation et à la nature de l'activité des services.
- Au regard de l'analyse de l'activité propre aux services du Centre Hospitalier de Saumur et compte tenu des effectifs, il est entendu que, comme pour les praticiens doubles appartenant, ce repos quotidien ne fait pas absolument obstacle à la réalisation par le praticien d'activités administratives, d'enseignements ou de recherche. Ainsi le praticien sortant d'astreinte restera juge d'exercer des activités non cliniques, ce dans le cadre de ses 10 demi journées d'obligation de service.
- Peuvent être autorisées des dérogations au repos quotidien permettant de respecter le repos suffisant du praticien :
 - *dérogations liées aux horaires de déplacements* : lorsque le dernier déplacement a été réalisé avant 1h du matin ; ou après 6h du matin, en l'absence de déplacement durant la nuit. Dans ce dernier cas, l'intervention réalisée sera bien comptabilisé comme du temps de travail sur astreinte, mais il sera considéré comme faisant partie de l'activité diurne.
 - *dérogations liées à la nature de l'activité réalisée* : lorsque l'activité suivant l'astreinte ne prévoit pas de contact avec le patient : activité institutionnelle, administrative, d'enseignement, ou de recherche. Les praticiens ne pourront pas faire de geste invasif (intervention chirurgicale, endoscopie, fibroscopie, pose de cathéter, biopsie de greffon...) dans les 12 h qui suivent une astreinte, sauf nécessités de service, telles qu'une urgence médicale, un nombre de médecins limité dans le service du fait d'absences, par exemple. Il est en effet potentiellement préjudiciable pour les patients qu'un geste soit fait après une

astreinte, mais il peut être encore plus préjudiciable qu'un geste ne puisse être fait en raison du faible effectif médical.

- *Si le nombre moyen de déplacement en deuxième partie de nuit est inférieur à 2 par semaine, et/ou très majoritairement avant minuit, le principe posé est celui d'un maintien de l'activité programmée. Par exception, si le praticien est mobilisé sur une intervention longue s'achevant au-delà de 1h du matin, il est admis qu'il décale son horaire de reprise de fonctions après s'être assuré que cela n'a pas d'impact sur la prise en charge des patients. Le chef de service est chargé de valider a posteriori les conditions de la reprise. Si le praticien ne reprend pas avant 12H30, la demi-journée initialement programmée, sera inscrite en repos sur le planning. Dans ce type de situations exceptionnelles, il est recommandé que la nuit suivante, le praticien soit remplacé dans la liste d'astreinte (s'il en exprime la demande).*
- La présence minimale nécessaire pour garantir la continuité des prises en charge peut imposer de travailler après une astreinte sur une demi-journée maximum, en cas de nécessité de service y compris après des déplacements en première partie de nuit (nombre de médecins limité en raison de vacances, ou période de congrès, congés maladie ou de maternité).

5. Cas particuliers de suspension de la participation à la permanence des soins

Conformément à l'article 10 de l'arrêté du 30 août 2003, « Ne participent pas à la permanence des soins de nuit, samedi après-midi, dimanche et jour férié :

- sur avis du médecin du travail, les praticiens accomplissant leur service à mi-temps pour raison thérapeutique qui peuvent demander à en être dispensés ;
- les praticiens qui font l'objet d'une décision temporaire de cessation de participation, conformément à leurs statuts. »

Par ailleurs, « Les praticiens peuvent être dispensés par le directeur de leur participation à la permanence des soins de nuit :

- à compter de l'âge de soixante ans, pour les praticiens qui présentent une demande motivée et sous réserve des nécessités de service sur avis du responsable de la structure et de la commission de l'organisation de la permanence des soins ;

- sur avis du médecin du travail, pour les femmes enceintes à compter du troisième mois de grossesse et pour les praticiens dont l'état le nécessite. »

6. Modalités de suivi de cette mise en œuvre

La Commission relative à l'organisation de la permanence des soins (COPS), sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement, propose le règlement intérieur général des astreintes et des gardes. Il est soumis pour avis à la CME et fait l'objet d'une concertation en Directoire. Il est intégré au règlement intérieur de l'établissement arrêté par le Directeur Général.

La COPS veille, conjointement avec la Direction des Affaires Médicales, à son application. Elle assure le contrôle du respect du repos par la validation de la déclinaison de ce règlement au sein des pôles, et le suivi de l'application du repos par les praticiens, dans la limite de leur possibilité d'appréciation personnelle.

L'évaluation porte sur les domaines suivants : une évaluation des dysfonctionnements éventuels, une évaluation financière et une évaluation des impacts sur l'activité.

Un praticien hospitalier est désigné en COPS pour être responsable de l'organisation du front de garde ou d'astreinte. Il veille à la bonne tenue des tableaux d'astreinte et à leur concordance avec les tableaux de service, prévisionnels et réalisés. Il peut être force de proposition pour l'organisation du temps médical du service. Les praticiens référents transmettent un bilan des problématiques rencontrées en concertation avec les chefs de service et chefs de pôle.

La Direction des affaires médicales transmet chaque année un bilan des déplacements constatés, l'état des dépenses réalisées sur TTA ainsi que les registres du temps de travail additionnel.

Le présent règlement intérieur peut faire l'objet d'une révision sur proposition de la COPS. Toute modification substantielle fera l'objet d'un avis de la CME. Après concertation du Directoire, le cas échéant, le règlement intérieur modifié sera adopté par le Directeur.

Fait à Saumur, le 18 décembre 2019,

Dr Bruno CHIRON

Pour le président de la
CME empêché

Dr Sophie POCHIC

Présidente de la COPS

M. Jean-Paul QUILLET

Centre hospitalier
Saumur
Directeur

 Centre Hospitalier de Saumur Direction des ressources humaines et des affaires médicales	Document d'engagement Charte de gestion de l'absence non planifiée	Référence : RH-ABSEN-EN-001 Date de diffusion : 09/05/2018
---	---	---

1. Objectifs

La présente charte vise à faire face aux situations d'absentéisme non planifiées au Centre Hospitalier de Saumur, en limitant leur impact sur les organisations de travail et les perturbations que celles-ci engendrent dans l'organisation personnelle des agents de l'établissement.

La présente charte a pour objectif :

- De fixer des règles communes de gestion des organisations de travail et des remplacements nécessaires ;
- De rappeler les droits et obligations des agents et de l'établissement ;
- De faire baisser l'absentéisme parmi les agents de l'établissement ;
- De reconnaître et de valoriser les remplacements effectués par les agents de l'établissement dans une situation d'absentéisme.

2. Règles de signalement des absences

- **Dès que l'absence est connue par l'agent**, et au moins 48h à l'avance dans la mesure du possible, **celui-ci appelle par téléphone le cadre** de son service afin de l'informer de son arrêt. L'utilisation du mail ou du SMS ne peut être utilisé pour signaler une absence, sauf organisation particulière de service.
- Si le cadre est absent du service ou non joignable, l'agent absent contacte soit le cadre assurant la continuité du service pour son collègue absent, ou l'infirmière du service en-dehors des heures ouvrables. Dans ce dernier cas, l'infirmier du service ou le collègue de travail (hors service de soins) prendra contact avec le cadre de garde ou l'administrateur de garde, qui signalera l'absence à la Direction des Ressources Humaines.
- Dans toute la mesure du possible, l'agent absent signale au cadre de son service **la durée de son absence**. De la même manière, l'agent signale à son cadre dès que possible à l'approche de la fin de sa période d'arrêt et **au moins 48h avant la fin de son arrêt de travail sa reprise ou la prolongation de son absence**. Cela permet d'organiser la continuité du service par l'équipe et les éventuels agents de remplacement mobilisés de manière anticipée.
- Toute absence doit être accompagnée de l'envoi des **justificatifs nécessaires (arrêt de travail, en particulier)** dans un délai de **48h** à la Direction des Ressources Humaines. De même, l'agent transmet le

formulaire et le justificatif correspondant au plus tard à la fin de sa période d'absence (enfant malade, événements familiaux, etc).

- Après une absence de plus de 15 jours ou 3 semaines pour maladie ou accident de travail, **le cadre du service propose systématiquement un temps d'échange sous la forme d'un entretien de retour** avec l'agent arrêté, dans l'objectif d'accompagner celui-ci à la reprise du travail. L'opportunité de cet entretien est appréciée au cas par cas par le cadre, s'il l'estime nécessaire en-dessous de cette durée (changements d'organisation du service pendant l'absence de l'agent, difficultés particulières de l'agent à prévenir, nouvel arrêt à prévoir, etc). Un entretien téléphonique peut être proposé aux agents de nuit.

3. Gestion du remplacement pour une absence inopinée

La décision et la gestion du remplacement d'une absence inopinée s'effectue dans l'ordre suivant :

- La décision de remplacement ou de non-remplacement en cas d'absence est prise par le cadre du service, en fonction de la charge de travail réelle à assurer sur la période de l'absence (d'après l'occupation du service, la charge en soin, le nombre d'entrées ou de sorties à assurer, par exemple), des compétences indispensables au fonctionnement du service et des réaménagements possibles du travail.
 - Chaque service définit préalablement une **organisation de service en mode essentiel**, prévoyant la hiérarchisation des tâches et leur report partiel. En cas d'absence de solutions possibles de remplacement, le cadre du service peut mettre en place cette organisation en mode essentiel.
 - Lorsqu'un remplacement est estimé nécessaire, si le délai le permet, le cadre du service recherche :
 - une solution **d'auto-replacement dans le service avec les agents de l'équipe**, par modification des horaires de travail.
 - un remplacement par **appel à d'autres services** du même pôle, puis au-delà du pôle (si la compétence nécessaire y est disponible).
 - En cas d'insuffisance constatée du passage en mode essentiel et en l'absence de solution d'auto-replacement dans le service, le cadre du service peut également effectuer le rappel des agents susceptibles d'effectuer un remplacement, de la manière suivante :
 - Lancement d'une mission sur la plate-forme de gestion des remplacements « Whoog »** sur la compétence et l'horaire demandé.
 - En l'absence de réponse à la mission dans les délais nécessaires à sa réalisation, **rappel des agents par téléphone**.
- La réponse aux appels ou aux missions « Whoog » ne comporte pas de caractère obligatoire pour les agents.**
 - L'inscription sur la plate-forme de gestion des remplacements « Whoog » est réalisée sur la base du volontariat ; et la réponse ou non à une mission proposée reste au choix de l'agent inscrit sur la plate-forme.

- = L'agent sollicité par téléphone est néanmoins invité à rappeler le cadre du service pour l'informer de sa disponibilité, afin de faciliter la gestion du remplacement.

- **Le rappel des agents par téléphone s'effectue obligatoirement dans l'ordre suivant :**
 6. Agents en récupération d'heures supplémentaires
 7. Agents en repos de RTT intégrés sur le planning, repos de férié ou repos compensatoire (pour les agents de nuit)
 8. Agents en repos de temps partiel
 9. Agents en journée de formation et journée syndicale
 10. Agents en repos hebdomadaire

- **Aucun rappel par téléphone ne peut être effectué pour des agents en congé annuel ou en repos de RTT laissée au choix de l'agent** (soit 5 RTT/an, sauf en situation de déclenchement d'un plan de crise). Un agent peut en revanche proposer de lui-même un remplacement sur ses congés. Sur la plate-forme « Whoog », le réglage du statut suivant la disponibilité personnelle est au seul choix de l'agent.

- Si le délai de signalement de l'absence du service le permet et en l'absence d'autres solutions, le cadre du service peut faire appel à une **solution de remplacement extérieure**, par recours au cadre de pôle ou à son binôme remplaçant en cas d'absence (et à la DRH pour le pôle de gestion). Celui-ci gère les mensualités de remplacement dans le cadre de la délégation de gestion aux pôles d'activité. De même, seul le cadre de pôle peut valider la réponse positive d'un personnel non salarié de l'établissement à une mission « Whoog ».

4. Gestion des récupérations et valorisation du remplacement

- Par souci d'équité, en cas d'arrêt sur un week-end, **le cadre du service peut demander à l'agent arrêté de rendre l'horaire équivalent à l'agent qui l'a remplacé pendant son arrêt.**
 - Ex : Mme Dupond est absente sur un horaire de samedi après-midi ; Mme Durand la remplace. Lors de son retour d'arrêt, le cadre du service pourra demander à Mme Dupond de reprendre un horaire de samedi après-midi à Mme Durand (par exemple sur le cycle de travail suivant).

- **Les agents assurant des remplacements d'absence non planifiée dans un délai inférieur à 48h peuvent se voir rémunérer la durée de leur remplacement sous forme d'heures supplémentaires. Ils bénéficient également de l'attribution d'une heure supplémentaire de travail pour une journée de travail effectuée.** Cette heure supplémentaire n'est pas récupérable et sera payée le mois suivant. Si le rappel d'un agent s'effectue dans un délai de prévenance supérieur ou égal à 48h, les jours travaillés sont à planifier rapidement avec l'agent et le cadre du service.

- De même, les agents rappelés sur repos de temps partiel, repos hebdomadaire, journée de formation ou journée syndicale, ayant assuré un remplacement dans un délai inférieur à 48h pourront **choisir leur jour de récupération en semaine**, dans les limites des nécessités de continuité du service. La planification du jour de récupération est à effectuer rapidement. Cette disposition s'applique en sus de la bonification du remplacement en heure supplémentaire.

- Par ailleurs, **les modalités d'attribution de la prime de service tiennent en compte l'absence ou la présence au travail** de chaque agent au cours de l'année.
 - L'abattement sur le montant de la prime de service est de 1/140e par jour ouvrable d'absence (hors congé annuel, déplacement dans l'intérêt du service, accident du travail, maladie professionnelle, congé maternité ou d'adoption, autorisations d'absences pour évènement familial).

Une évaluation de l'application de cette charte sera effectuée de manière régulière, dans un souci d'amélioration continu de la gestion des absences inopinées et de la qualité de vie au travail.



PROJET SOCIAL 2019-2023

Mieux accompagner les professionnels
tout au long de leur parcours

Impliquer les professionnels
et soutenir un management
organisé et vertueux

Améliorer la qualité
de vie au travail



Prévenir et maîtriser les
risques professionnels

PROTOCOLE RELATIF A L'ORGANISATION DU TELETRAVAIL AU CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR

Vu

L'accord national interprofessionnel du 19 juillet 2005 relatif au télétravail

La loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique, article 133

La loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives

Vu les articles L1222-9 à 11 du Code du travail.

Le décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature

Le décret n° 2020-524 du 5 mai 2020 modifiant le décret n°2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature

Le guide télétravail Guide d'accompagnement de la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique (mai 2016)

Après avis :

- de la Commission Médicale d'Etablissement du 22 juin 2021
- du Comité technique d'établissement en date du 24 juin 2021

Après concertation du directoire en date du 29 juin 2021

Après information du Conseil de Surveillance en date du 30 juin 2021.

Il est conclu le protocole suivant de mise en œuvre du télétravail au CH de Saumur.

Table des matières

Article 1 : Définition du télétravail	502
Article 2 : Objectifs et principes du télétravail au CH de Saumur	502
Article 3 : Processus de placement d'un agent en télétravail	502
3.1 Une organisation de service formalisée au préalable	503
3.2 Traitement de la demande individuelle de télétravail	503
3.3 Situation exceptionnelle.....	505
Article 4 : gestion du temps de travail.....	505
4.1 Quotité et planning de télétravail	505
4.2 Cas particulier du télétravail pour raison de santé	506
Article 5 : Organisation pratique du télétravail.....	506
5.1 Informatique et téléphonie	506
5.2 Organisation du travail	507
5.3 Aménagement de poste pour agent en situation de handicap.....	508
Article 6 : Protection et droits des professionnels en télétravail.....	508
Article 7 : évaluation du dispositif de télétravail.....	508
7.1 Evaluation du télétravail au niveau individuel et retrait de l'autorisation	508
7.2 Evaluation du dispositif de télétravail au niveau de l'établissement.....	510
8. Date d'effet.....	510

Article 1 : Définition du télétravail

« Le télétravail désigne toute forme d'organisation du travail dans laquelle les fonctions qui auraient pu être exercées par un agent dans les locaux de son employeur sont réalisées hors de ces locaux de façon régulière et volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication. » (Article 1 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016).

Il est effectué en-dehors des périodes de garde ou d'astreinte, c'est-à-dire au CH de Saumur sur des horaires de travail propres à chaque agent, dans le respect de la réglementation et de l'accord local sur le temps de travail.

Article 2 : Objectifs et principes du télétravail au CH de Saumur

Le télétravail au CH de Saumur s'inscrit dans le projet social 2019-2023, « améliorer la qualité de vie au travail », Action 27 : « Ouvrir la possibilité de télétravail pour certains personnels de l'établissement, dans l'objectif d'accroître le confort de travail, limiter la pénibilité et les risques professionnels. »

Le développement du télétravail a pour objectif d'aider les professionnels à mieux concilier leur vie privée et leur vie professionnelle. Cette modalité d'organisation du travail leur permet, en effet, d'adapter plus facilement sur toute la journée ses horaires de travail à ses éventuelles contraintes personnelles en utilisant les créneaux horaires habituellement occupés par les trajets, tout en respectant les plages horaires durant lesquelles il est à la disposition de son employeur et peut être contacté.

Pratiqué à domicile, le télétravail présente l'avantage de supprimer la fatigue et le stress liés aux transports et fait réaliser des économies de frais de transport.

Il permet enfin, s'il est organisé de manière adaptée, de limiter l'interruption de tâche et offre des possibilités de concentration plus importantes et plus longues. De ce fait, il doit permettre d'améliorer la qualité du service rendu à l'usager.

Le télétravail repose sur la confiance, l'autonomie et la délégation à l'agent ; et sur un reporting régulier de l'agent à son responsable.

Article 3 : Processus de placement d'un agent en télétravail

Le télétravail est ouvert à tout agent dont la nature des fonctions exercées le permet, après évaluation de sa demande par son encadrement de manière partagée (cadre de proximité, encadrement supérieur, directeur fonctionnel).

« L'exercice des fonctions en télétravail est accordé sur demande écrite de l'agent. Celle-ci précise les modalités d'organisation souhaitées. Lorsque le télétravail est organisé au domicile de l'agent ou dans un autre

lieu privé, une attestation de conformité des installations aux spécifications techniques, établie conformément aux dispositions prises en application du 9° du I de l'article 7, est jointe à la demande. » (Article 5 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016).

L'agent déclare sur l'honneur dans la demande de télétravail la conformité de ses installations électriques. Il indique le lieu pour lequel il demande une autorisation de télétravail (domicile ou autre lieu). En cas de changement, il en demande l'autorisation à son responsable et veille à modifier ses coordonnées, le cas échéant.

3.1 Une organisation de service formalisée au préalable

L'instauration du télétravail nécessite avant tout une **organisation du service formalisée et validée** par le responsable et le directeur fonctionnel. Cette organisation précise les règles de continuité de service en cas d'absence d'une partie du service (plan de continuité d'activité de service et règles de suppléance pour les congés notamment), les modalités de coordination de l'équipe articulées avec les agents en télétravail et les postes sur lesquels le télétravail est autorisé.

3.2 Traitement de la demande individuelle de télétravail

1. Le télétravail doit faire l'objet d'une **demande individuelle de chaque professionnel**. Le télétravail peut également être proposé à certains agents par leur responsable : dans ce cas, l'agent peut accepter ou refuser le télétravail. Le responsable du service ou de l'équipe examine la demande individuelle de télétravail d'après :

- a) La nature des activités exercées : au Centre Hospitalier de Saumur, les critères cumulatifs concernant la nature du télétravail sont les suivants :
 - o **L'existence de moyens techniques opérationnels** mis en place par l'établissement pour la nature du travail envisagé (ex : accès aux mails à distance, à la dictée numérique à distance ou au dossier patient, à des applications métier spécifiques) ; ce critère peut donc évoluer suivant les moyens techniques de l'établissement.
 - o **Echanges restant compatibles avec un nombre de participants, une durée et un niveau d'échange**
 - o **La réalisation d'un travail ne nécessitant pas :**
 - **d'actes de soins sur les patients**, à l'exception des téléconsultations et télé expertises, lorsque cela est pertinent et possible sur le plan clinique (situation sanitaire exceptionnelle, consultation sur un site distant, etc.).
 - **d'opérations techniques ou logistiques, d'entretien sur ou dans des installations du CH de Saumur**
- b) Le niveau d'autonomie de chaque professionnel, en s'appuyant sur un questionnaire d'évaluation disponible sous Qualnet, le résultat des précédentes évaluations professionnelles, d'après l'analyse de l'encadrement de manière partagée (cadre de proximité, encadrement supérieur, directeur fonctionnel).

- c) L'intérêt du service à privilégier le télétravail à un rythme donné, par rapport à un travail sur site de manière permanente. L'intérêt du service est à apprécier en particulier au regard :
- De la continuité de service, d'après son organisation
 - **Travail pour lequel le service rendu à l'usager est supérieur ou égal à celui qui serait réalisé sur site.** Par exemple, travail nécessitant de la concentration, une limitation ou une absence d'interruption de tâche.
 - des nécessités de coordination pour assurer le bon fonctionnement de l'établissement.
 - Du niveau de risque technique, humain à réaliser à distance une activité.

Ainsi, par exemple, un professionnel pourra réaliser de manière habituelle certaines activités faisant partie de ses missions sur un temps de télétravail (travail de conception, de réflexion, d'élaboration de documents, par exemple) et d'autres activités incompatibles avec un mode d'organisation en télétravail sur site et avec son équipe (intervention technique, acte de soin, travail de concertation, par exemple). Cela suppose un volume de tâches qu'il est possible de réaliser à distance à évaluer au préalable et à regrouper.

2. Le responsable **rencontre ensuite le professionnel** ayant formulé une demande de télétravail en entretien, afin de :
 - De rappeler les objectifs du télétravail et ce qu'il implique, pour l'agent et pour l'établissement ;
 - De déterminer les conditions et les mesures concrètes d'organisation, gage de réussite du télétravail : tâches confiées, impact sur le service, compétences requises, outils à mettre à disposition, quotité télétravaillée, identification de jours en télétravail, période d'adaptation, horaires de travail pendant lesquels l'agent peut être joint. A cet égard, il examine la demande du professionnel et ses réponses au questionnaire, il en échange avec lui.
3. Après l'entretien, **l'encadrement prend un avis partagé d'accord ou de refus de placement du professionnel en télétravail.** Cet avis est motivé, validé par le directeur fonctionnel, en cas de refus et transmis à la DRH-DAM.
4. **Sur la base de cet avis, la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales prend une décision individuelle,** pour une durée déterminée, au maximum de 12 mois. Cette décision indique les fonctions du professionnel, les horaires de travail, les modalités (horaires sur lesquels l'agent est joignable, nombre de jours par semaine, le lieu d'exercice, la date de prise d'effet), éventuellement la période d'adaptation (cf. article 5 du Décret n°2020-524). La DRH-DAM notifie cette décision à l'agent.

En cas de refus de la demande de télétravail, le professionnel peut renoncer ou demander un entretien avec le responsable hiérarchique de son responsable direct (recours hiérarchique). Ce refus doit être motivé, conformément à l'article L1222-9 du code du travail. En cas de nouveau refus, le professionnel peut former un recours auprès de la Commission Administrative Paritaire dont il relève s'il est titulaire ou stagiaire, ou auprès du Comité Consultatif Paritaire s'il est contractuel.

Une période d'adaptation de trois mois au maximum peut être décidée, conclue par un entretien d'évaluation (cf. partie évaluation du présent document). Au terme de cette période, les modalités du télétravail peuvent évoluer.

En cas de changement de fonction, l'agent doit formuler une nouvelle demande, l'autorisation de travail étant prise sur un poste donné.

3.3 Situation exceptionnelle

« En cas de circonstances exceptionnelles, notamment de menace d'épidémie, ou en cas de force majeure, la mise en œuvre du télétravail peut être considérée comme un aménagement du poste de travail rendu nécessaire pour permettre la continuité de l'activité de l'entreprise et garantir la protection des salariés. » (Article L1222-11 du code du travail).

Dans ce cas, le placement de professionnel en télétravail peut être effectué à l'initiative du Centre Hospitalier de Saumur et avoir force obligatoire, dès lors que l'accès au lieu de travail n'est pas possible ou pas recommandé. Sa mise en œuvre reste coordonnée par la DRH et suit les règles habituelles d'organisation du télétravail, en intégrant des aménagements possibles :

- du temps passé en télétravail
- d'accès au matériel de l'établissement
- des délais d'interruption et de renouvellement de la décision de télétravail

Cette disposition peut notamment intervenir en cas de conditions climatiques particulières (forte de chaleur, tempête, etc.) apprécié au regard de la carte des vigilances publiée par Météo France, afin de protéger les salariés et de préserver la qualité de leurs conditions de travail.

Article 4 : gestion du temps de travail

4.1 Quotité et planning de télétravail

« La quotité des fonctions pouvant être exercées sous la forme du télétravail ne peut être supérieure à trois jours par semaine. Le temps de présence sur le lieu d'affectation ne peut être inférieur à deux jours par semaine. Les seuils définis au premier alinéa peuvent s'apprécier sur une base mensuelle. » (Article 3 du Décret n° 2016-151 du 11 février 2016). **Au CH de Saumur, le nombre de jours maximum pouvant être télétravaillés est de 3 jours par semaine, dans le respect de la réglementation. Ce nombre de jours est adapté d'après la demande de l'agent et l'avis de son encadrement.**

La décision de télétravail précise la durée, les horaires de travail et les horaires sur lesquels l'agent doit être joignable. Une journée de télétravail ne peut être inférieure à 7h30.

Le nombre de jours qu'il est possible de travailler en télétravail est calculé au prorata de la quotité de temps de travail : 2.5 jours par semaine à 90%, 2 jours à 80%, 1.5 jours à 70%, 1 jour à 60%, 0.5 jours à 50%, le nombre de jours travaillés sur site ne pouvant être inférieur à 2 jours par semaine.

« L'autorisation de télétravail est délivrée pour un recours régulier ou ponctuel au télétravail. Elle peut prévoir l'attribution de jours de télétravail fixes au cours de la semaine ou du mois ainsi que l'attribution d'un volume de jours flottants de télétravail par semaine, par mois ou par an dont l'agent peut demander l'utilisation à l'autorité responsable de la gestion de ses congés. Un agent peut, au titre d'une même autorisation, mettre en œuvre ces différentes modalités de télétravail. » (Article 2-1 du Décret n° 2016-151, introduit par le Décret n°2020-524 du 5 mai 2020 - art. 2). **Ces modalités éventuelles sont indiquées dans la décision individuelle d'autorisation de télétravail.**

Au Centre Hospitalier de Saumur, la pose de jours est flottante et non fixe, dans la limite de 3 jours par semaine. L'agent et son cadre veillent à la continuité de service et à la coordination avec le reste de l'équipe dans la détermination de ces jours. Les jours prévus en télétravail et finalement effectués sur place peuvent être reportés dans la semaine suivant nécessité de service, mais ne peuvent être reportés d'une semaine ou d'un mois sur l'autre.

Après délivrance de l'autorisation de télétravail, le responsable de service détermine avec l'agent son calendrier de télétravail et ses horaires, dans le respect du mode de gestion du temps de travail de l'agent (décompte horaire ou décompte jour). Ce calendrier de télétravail doit être évalué et ajusté régulièrement avec l'agent, suivant le travail à effectuer et les nécessités de service. Si ce cadre d'organisation convenu entre le professionnel et son responsable n'est pas respecté, il peut être mis fin au télétravail.

Un code spécifique est entré sur le planning du professionnel dans le système de gestion du temps de travail, afin d'identifier les journées passées en télétravail.

Le télétravail ne peut générer d'heures supplémentaires.

4.2 Cas particulier du télétravail pour raison de santé

Le décret précise qu'il peut être dérogé aux dispositions de l'article 3 du **décret n° 2016-151** présenté supra :
« 1° Pour une durée de six mois maximum, à la demande des agents dont l'état de santé, le handicap ou l'état de grossesse le justifient et après avis du service de médecine préventive ou du médecin du travail ; cette dérogation est renouvelable, après avis du service de médecine préventive ou du médecin du travail ;
2° Lorsqu'une autorisation temporaire de télétravail a été demandée et accordée en raison d'une situation exceptionnelle perturbant l'accès au service ou le travail sur site. »

Dans ce cas l'avis du médecin du travail est demandé, afin d'évaluer l'intérêt du télétravail dans la conciliation entre la situation de santé de l'agent et sa vie professionnelle. L'objectif du télétravail est dans ce cas d'améliorer la conciliation des soins ou des restrictions du professionnel avec la poursuite d'une activité professionnelle. La poursuite du télétravail ne peut dans tous les cas se substituer à un arrêt que nécessiterait une pathologie, mais peut contribuer à éviter un arrêt dû à un manque adaptation du poste de travail.

L'autorisation de télétravail peut alors être délivrée pour une durée hebdomadaire allant jusqu'à 5 jours par semaine et à renouveler après avis du médecin du travail.

Article 5 : Organisation pratique du télétravail

5.1 Informatique et téléphonie

La décision de télétravail est à transmettre au service informatique pour disposer des codes d'accès à distance depuis son poste informatique.

Chaque agent peut bénéficier d'un poste informatique de l'établissement, pendant la durée de l'autorisation de télétravail. En cas de situation exceptionnelle (plan blanc, épidémie etc.) ou pour utiliser des jours de télétravail flottant, un agent peut être autorisé à utiliser son propre matériel conformément à l'article 6 du décret 2016-719 modifié par le Décret n°2020-524 du 5 mai 2020 - art. 5. **Le prêt d'équipements par l'établissement doit être proposé systématiquement au télétravailleur dans la limite des stocks disponibles.** L'agent peut demander la configuration de son propre matériel pour télétravailler ou cela peut lui être proposé par l'établissement si aucun matériel n'est disponible. L'utilisation du matériel personnel peut être effectuée sous réserve que celui-ci soit compatible avec le travail à distance et dans le respect des règles de sécurité (configuration par le service informatique).

Le professionnel est informé avant son exercice en télétravail « de toute restriction à l'usage d'équipements ou outils informatiques ou de services de communication électronique et des sanctions en cas de non-respect de telles restrictions » (article 1222-10, code du travail). A cet égard, le professionnel en télétravail a pris connaissance de la **charte de sécurité informatique** du CH de Saumur et l'a retournée signée, avec engagement de la respecter. Celle-ci s'applique de plein droit en télétravail.

Le renvoi de ligne téléphonique est à effectuer depuis le poste fixe vers la ligne de l'agent par un agent sur place (possibilité de faire appel au service biomédical). Dans chaque service ou pour chaque fonction critique, **un agent au minimum doit être joignable par téléphone à son domicile sur ses horaires de travail.**

Pour les agents ayant un besoin significatif d'appels téléphoniques depuis leur domicile, un téléphone de l'établissement est mis à disposition pour la durée de l'autorisation de télétravail.

Enfin, les coûts éventuels de mise en conformité des installations au domicile des professionnels restent à la charge exclusive du professionnel en télétravail.

5.2 Organisation du travail

Les droits et obligations des agents publics sont identiques à domicile et sur le lieu de travail.

Le responsable s'assure que l'agent dispose des conditions pour télétravailler à l'aide du questionnaire d'évaluation avant de donner son accord pour un départ en télétravail.

Le responsable et l'agent anticipent le programme de travail et les temps de réunion ; le télétravail s'adapte aux nécessités de service, non l'inverse. « Le principe d'égalité de traitement entre les agents doit s'appliquer s'agissant de la charge de travail et des délais d'exécution. », ainsi que le mentionne le guide de la DGAFP. Aussi, la charge de travail et les missions confiées doivent être équivalentes à celles des agents travaillant exclusivement sur site, à poste équivalent.

Chaque responsable de service fait un point hebdomadaire avec les agents en télétravail, sur le lieu de travail. Des rendez-vous téléphoniques sont recommandés les premiers jours pour évaluer les difficultés et y répondre, la bonne transmission des informations, l'impact du télétravail sur l'agent à titre personnel, permettre le reporting du travail effectivement réalisé par rapport aux objectifs.

L'agent en télétravail doit rester intégré dans le collectif de travail, réalise les activités dont il a la responsabilité. Il est joignable par son responsable et ses collègues sur les horaires de travail, est capable de répondre aux urgences. Il peut revenir sur le lieu de travail autant que de besoin, à sa demande ou celle de son responsable.

5.3 Aménagement de poste pour agent en situation de handicap

Conformément à l'article 6 du décret 2016-719, dans le cas où la demande est formulée par un agent en situation de handicap, le responsable de l'agent met en œuvre sur le lieu de télétravail de l'agent les aménagements de poste nécessaires, avec l'aide du service de santé au travail et des différents services du Centre Hospitalier de Saumur impliqués dans l'aménagement de poste. Une fois les coûts évalués, l'aménagement fait l'objet d'une décision d'aménagement validé ou non par la direction des ressources humaines. Les charges d'aménagement sont assurées par le CH de Saumur, sous réserve que celles-ci ne soient pas disproportionnées, notamment compte tenu des aides du FIPHP (ou autres aides).

Article 6 : Protection et droits des professionnels en télétravail

Le professionnel en télétravail bénéficie de tous les droits et respecte toutes les obligations lorsqu'il exerce sur l'un des sites du Centre Hospitalier de Saumur.

Le régime de temps de travail est régi par l'accord local relatif au temps de travail du CH de Saumur et du référentiel de temps de travail de l'établissement.

L'agent est couvert au titre de l'accident de service par l'établissement, comme s'il exerçait sur son lieu de travail. Cette couverture s'étend sur les horaires de travail dont le professionnel a convenu avec l'établissement, indiqué dans la décision de télétravail.

Des actions de prévention des risques professionnels sont prises de manière spécifique à destination des professionnels en télétravail, afin d'éviter les risques l'isolement social et professionnel au fil du temps, de difficultés à articuler vie personnelle et professionnelle et de stress dû à des objectifs inadaptés, mal dimensionnés ou d'un contrôle inadapté.

Un référent télétravail est nommé dans l'équipe de la Direction des Ressources Humaines. Il est :

- en charge de la gestion administrative des autorisations de télétravail
- du respect des droits des professionnels en télétravail
- personne-ressource pour répondre aux questions des professionnels en télétravail et leurs responsables sur le plan juridique et pratique

Article 7 : évaluation du dispositif de télétravail

15.9 7.1 Evaluation du télétravail au niveau individuel et retrait de l'autorisation

Suivi pendant les 3 premiers mois

Le cadre effectue un suivi attentif lors des 3 premiers mois : il programme au moins un entretien par mois avec l'agent en télétravail (et au plus 1 par semaine). Le cadre évalue avec l'agent les aspects détaillés ci-dessous pour l'entretien annuel d'évaluation. Il est également attentif à la gestion de la charge mentale et peut adapter

sans modification de la décision de télétravail les activités réalisées en télétravail, les moments privilégiés pour un départ en télétravail, les horaires sur lesquels l'agent est joignable.

Au cours ou à la fin de la période, la décision de télétravail doit être modifiée si le nombre de jours de télétravail maximum par semaine doit évoluer.

Entretien annuel d'évaluation :

Au cours de l'entretien annuel d'évaluation professionnelle, l'agent et son responsable évaluent également de manière spécifique le télétravail :

1. **Le niveau d'autonomie** de l'agent : l'organisation de son travail, la planification des tâches, sa capacité à tenir cette organisation
2. **Les conditions d'activité** de l'agent, en particulier les conditions techniques et un espace de travail identifié
3. **Les résultats professionnels** de l'agent sur l'activité réalisée en télétravail et son articulation avec l'activité réalisée sur site, la gestion de la charge de travail et la compatibilité de ses missions avec les modalités de télétravail mises en place
4. **La coordination** de l'agent avec le reste de l'équipe

En vue de reconduire ou non, d'adapter ou de modifier les conditions dans lesquelles s'exercent le télétravail.

Cette évaluation est tracée sur le support d'évaluation annuelle professionnelle du Centre Hospitalier de Saumur, quel que soit le statut de l'agent.

Une évaluation est également effectuée sur les mêmes bases lorsque le professionnel en télétravail et son responsable ont décidé d'une période d'adaptation.

Renouvellement

Le renouvellement est réalisé par tacite reconduction pour une nouvelle période de 12 mois à la date anniversaire de la décision.

Retrait de l'autorisation

Le télétravail est un mode d'organisation du travail autorisé pour une durée donnée, par l'établissement suivant des circonstances, qui peuvent évoluer. En effet, « Il peut être mis fin à cette forme d'organisation du travail, à tout moment et par écrit, à l'initiative de l'administration ou de l'agent, moyennant un délai de prévenance de deux mois. Dans le cas où il est mis fin à l'autorisation de télétravail à l'initiative de l'administration, le délai de prévenance peut être réduit en cas de nécessité de service dûment motivée. Pendant la période d'adaptation, ce délai est ramené à un mois. » (Article 5 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016).

Au CH de Saumur, en cas de difficulté relevée par l'agent ou le cadre, la décision de télétravail peut être retirée par la DRH, sur sollicitation écrite. Avant sollicitation, le cadre rencontre l'agent en entretien et établit un rapport qu'il adresse à la DRH, contenant un résumé du déroulement de l'entretien et les motivations de la décision. Le retrait est motivé par écrit et notifié à l'agent par courrier de la DRH dans un délai de deux mois à partir de la date de notification de la décision à l'agent. Le délai de prévenance peut être réduit à un mois en cas de nécessités de service.

Le changement d'affectation d'un agent provoque l'arrêt de son autorisation de télétravail, signalé par le cadre du service d'origine de l'agent. Dans ce cas, le retrait est motivé par écrit et notifié à l'agent par courrier de la DRH dans un délai de 1 mois (nécessité de service).

Si l'agent souhaite à nouveau être autorisé à télétravailler, il présente une nouvelle demande de télétravail suivant la procédure prévue ci-dessus.

Suspension de l'autorisation en cas d'arrêt de travail

L'arrêt de travail interrompt l'autorisation de télétravail dans les situations suivantes :

- Congé Longue Durée ou Longue Maladie
- Congé maternité, paternité ou adoption
- Tout arrêt de 30 jours ou plus, quel qu'en soit le motif.

Lorsque l'agent est en arrêt, le cadre signale à la DRH et au service informatique conjointement que l'autorisation de télétravail doit être suspendue. Le service informatique suspend les droits d'accès à distance. Le cadre sollicite le rétablissement de l'autorisation au retour de l'agent après évaluation de l'aptitude à reprendre en télétravail. L'entretien doit être tracé par le cadre. Si le cadre l'estime pertinent, il demande le rétablissement de l'autorisation et des droits d'accès à distance par sollicitation écrite à la DRH et au service informatique. Si tel n'est pas le cas, l'autorisation de télétravail reste suspendue.

7.2 Evaluation du dispositif de télétravail au niveau de l'établissement

Conformément à l'article 9 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016, « Le télétravail fait l'objet d'un bilan annuel présenté aux comités techniques et aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail compétents. » Au CH de Saumur, ce bilan est présenté en annexe du bilan social et au cours de la même séance du Comité Technique d'Etablissement et du CHSCT. Il sera évalué et ajusté le cas échéant au terme de la première année de mise en œuvre.

8. Date d'effet

Le présent protocole prend effet à la date du 01/07/2021.

Fait à Saumur, le 01/07/2021,

Le Directeur,

Jean-Paul Quillet

 Service Informatique	<p>Document d'engagement</p> <p>EXTRAIT DE LA CHARTE DE SECURITE POUR L'ACCES ET L'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION DANS LE RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE DES DONNEES DE SANTE DU CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR</p>	<p>Référence : SI-ESECUR-CH-002</p> <p>Date de diffusion 18/07/2018</p>
--	--	---

INTRODUCTION

Toute personne habilitée à utiliser les moyens informatiques du CH de Saumur doit se soumettre aux règles de sécurité et de bon usage du Système d'Information. Ces règles reposent sur la réglementation en vigueur dans le domaine de la sécurité de l'information et sur les droits et libertés reconnus aux utilisateurs.

L'établissement de santé abrite des données personnelles concernant :

- les patients (informations médicales et administratives),
- ses salariés (paie, gestion du temps de travail, évaluations, données de traces, ...).

L'information médicale, qu'elle soit numérique ou non, est un composant sensible qui intervient dans tous les processus de prise en charge des patients. Elle est soumise au secret médical, elle ne doit donc être accessible qu'aux personnes autorisées professionnellement et ce quel que soit le support de stockage de l'information.

Le Service Informatique de l'établissement, fournit un Système d'Information s'appuyant sur une infrastructure informatique.

Le Service Informatique doit assurer la disponibilité de l'ensemble des informations et leur mise en sécurité contre différents types de menaces (pannes, erreurs, mauvais usages, actes de malveillance, ...). Il doit également s'assurer que l'ensemble des moyens mis à disposition des utilisateurs soit bien au service de la production de soins. Ainsi, des règles de bon usage et de contrôle des abus ont été définies.

- **REGLES DE SECURITE ET CONFIDENTIALITE :**

Le Service Informatique attribue à chaque nouvel agent des droits d'accès au Système d'Information, en accord avec les responsables des différentes applications (fiche de demande d'habilitation).

Ce droit d'accès est strictement personnel et concédé à l'utilisateur pour des activités exclusivement professionnelles. Il ne peut être cédé, même temporairement, à un tiers. Tout droit prend fin lors de la cession, même provisoire, de l'activité professionnelle de l'utilisateur, ou en cas de non-respect, par l'utilisateur, des dispositions de la Charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information.

Ce droit d'accès entraîne pour l'utilisateur les droits, les obligations et les responsabilités précisés dans les paragraphes ci-dessous, et détaillés dans la Charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information (accessible sur l'Intranet et dans la gestion électronique de documents qualité) :

Confidentialité de l'information et obligation de discréction

Tous les agents du CH sont soumis au secret professionnel et/ou médical. Ils doivent faire preuve d'une discréction absolue dans l'exercice de leur mission, que ce soit lors de communications écrites ou orales, téléphoniques ou électroniques, au cours d'échanges professionnels ou lors de conversations relevant de la sphère privée ; et ce quel que soit le lieu d'échange.

Notamment, concernant les réseaux sociaux, il ne peut y avoir aucun échange de photos, de vidéos⁷, de commentaires sur les patients, les agents, les services, le CH de Saumur dans le cadre de son image et de sa réputation ; dans le cadre professionnel et privé. Le secret médical et le secret professionnel ne doivent pas être enfreints sur les réseaux sociaux.

Chaque utilisateur ne doit consulter que les informations auxquelles il est légalement autorisé ; c'est-à-dire :

⁷ Il est interdit de prendre des photos et des vidéos au sein de l'établissement sans autorisation préalable de la Direction Générale.

- pour les médecins, dans le cadre du secret médical partagé, les données des seuls patients pour lesquels ils participent à la prise en charge diagnostique et thérapeutique ;
- pour les équipes travaillant sous la responsabilité du médecin qui prend en charge le patient, aux seules informations nécessaires à leurs missions ;
- pour tous les autres utilisateurs, aux seules informations nécessaires et autorisées dans le cadre de leurs fonctions.

De plus, les utilisateurs doivent assurer la confidentialité des données qu'ils détiennent. L'accès par les utilisateurs aux informations et documents doit être limité à ceux qui leur sont propres, ainsi que ceux publics et partagés. Il est ainsi interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs.

L'accès à des données de santé à caractère personnel par les professionnels de santé extérieurs à l'établissement est autorisé à la condition que celles-ci soient anonymisées et que cette pratique ait été préalablement autorisée par la Direction Générale ainsi que le médecin responsable du Service d'Information Médicale.

Protection de l'information

Les postes de travail sont un moyen mis à disposition des utilisateurs pour accéder aux applications du Système d'Information et aux espaces de stockage sur des serveurs de fichiers. Le contenu des disques durs locaux de ces postes de travail n'est pas sauvegardé ; notamment le répertoire local « Téléchargements » est vidé automatiquement à chaque fermeture de session.

Les données et documents professionnels ne doivent donc pas être stockés sur ces postes de travail, mais sur les serveurs, eux-mêmes installés dans des salles protégées. Pour ce faire chaque utilisateur bénéficie d'un espace personnel (U:\) et d'espaces partagés (soumis à droits d'accès) sur le lecteur réseau G:\ permettant les échanges de documents professionnels en interne ; **ces espaces sont à usage professionnel uniquement.**

Chaque utilisateur doit s'assurer que tous les documents et informations qu'il détient et qui sont nécessaires à la continuité de service sont stockés dans un espace partagé par toutes les personnes en ayant besoin ; ceci est d'autant plus important en cas d'absence ou de départ de l'utilisateur.

Aucune donnée (de santé ou non) à caractère personnel des patients ne doit être stockée sur des postes ou périphériques personnels.

Les écrans des postes de travail (fixes ou portables) doivent être orientés de telle sorte que les personnes non autorisées ne puissent pas lire ce qu'ils affichent. Les possibilités de visibilité depuis l'arrière de l'utilisateur (fenêtres, cloisons transparentes, ...) doivent être prises en compte.

Les ordinateurs portables doivent être attachés à un point fixe ou lourd (bureau) en l'absence de leur utilisateur ; à défaut, ils doivent être systématiquement rangés dans des locaux réservés aux professionnels de santé (p. ex. dans le poste infirmier) en l'absence de leur utilisateur.

De même, il faut ranger systématiquement en lieu sûr tout support mobile de données (exemples : CD, disquette, clé USB, disque dur, ...). Il faut également mettre sous clé tout dossier ou document confidentiel lorsqu'on quitte son espace de travail.

Les supports de stockage amovibles (exemples : clés USB, CD-ROM, disques durs, ...) présentent des risques très forts vis-à-vis de la sécurité : risques importants de contamination par des programmes malveillants (virus), risques de perte ou de vol de données, ... Leur usage doit être fait avec une très grande vigilance.

L'usage de supports de stockage amovibles personnels n'est pas autorisé.

L'usage de supports de stockage amovibles est autorisé lorsque l'utilisateur a besoin d'emmener des documents à l'extérieur, p. ex. pour une présentation, à la stricte condition qu'ils ne contiennent aucune donnée (de santé ou non) à caractère personnel des patients. Dans ce cas, l'utilisateur doit se rapprocher du service informatique afin qu'une clé USB à usage professionnel lui soit attribuée.

Usage des ressources informatiques

Toute connexion de nouveau matériel au réseau de l'établissement, toute installation de nouveau logiciel sur les postes informatiques de l'établissement, ainsi que toute modification de configuration des ressources informatiques doit être réalisée par une personne habilitée du Service Informatique.

Usage des outils de communication

Les outils de communication (téléphone, fax, Internet et messagerie) sont destinés à un usage strictement professionnel. L'usage à titre personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est toléré à condition qu'il reste très occasionnel et raisonnable, qu'il soit conforme à la législation en vigueur et qu'il ne porte pas atteinte à l'image de marque de l'établissement.

Aucune information sensible (information nominative, médicale ou non ; information relative au fonctionnement interne de l'établissement) ne doit être transmise par téléphone ou par fax. La communication d'informations médicales aux patients et aux professionnels extérieurs est strictement réglementée, les utilisateurs concernés doivent s'y conformer.

L'accès Internet a pour but d'aider les professionnels dans l'exercice de leurs missions. Dans ce cadre, il est interdit de se connecter ou de tenter de se connecter à Internet par des moyens autres que ceux fournis par l'établissement. Il est recommandé de ne pas communiquer ses coordonnées professionnelles sur Internet, sauf en cas de nécessité professionnelle. Il est interdit de participer à des forums, blogs, réseaux sociaux et groupes de discussions à des fins non professionnelles et de se connecter sur des sites à caractère injurieux, violent, raciste, discriminatoire, pornographique, diffamatoire ou manifestement contraire à l'ordre public.

L'usage de la messagerie a pour but de faciliter les échanges entre les professionnels de l'établissement. Toutefois, il faut éviter l'envoi massif de pièces jointes volumineuses. **La messagerie (sauf comptes de messagerie sécurisés) n'est pas un moyen de transport sécurisé, il ne faut donc pas échanger d'informations médicales nominatives en clair.** La messagerie ne doit pas être utilisée comme moyen de propagande au sein de l'établissement.

Usage des login et mot de passe (ou cartes CPS ou équivalent)

Chaque utilisateur dispose d'un compte nominatif (login/mot de passe, ou carte CPS ou équivalent) pour accéder aux applications et aux systèmes informatiques de l'établissement. Ce compte est personnel. Il est interdit d'utiliser ou de tenter d'utiliser le compte d'un autre utilisateur.

Le mot de passe choisi doit être robuste : il doit comporter de 6 à 8 caractères et mélanger des caractères de type différent (majuscules, minuscules, chiffres). Il doit être simple à mémoriser, mais surtout complexe à deviner : il ne doit pas être en lien avec l'utilisateur lui-même (ne pas comporter le nom, la date de naissance, ...). De plus, il doit être changé régulièrement.

Le mot de passe est strictement confidentiel, il ne doit jamais être communiqué.

Le mot de passe ne doit être écrit sur aucun support (ni papier, ni informatique, ...) et l'utilisateur ne doit pas configurer les logiciels pour qu'ils retiennent les mots de passe : le mot de passe doit être saisi à chaque nouvelle authentification.

Chaque utilisateur doit veiller à ne pas mettre à disposition d'un tiers non autorisé un accès aux systèmes et réseaux de l'établissement. C'est pourquoi, sur un poste dédié, il convient de fermer ou verrouiller sa session, dès qu'on s'absente de son poste de travail.

- **TRACABILITE :**

Le Service Informatique assure une traçabilité des accès et des opérations réalisés sur l'ensemble des applications (médicales, médico-techniques et administratives) et ressources informatiques (réseau, messagerie, Internet) mises à disposition des utilisateurs, sur la base du compte nominatif utilisé pour ces accès. Cette traçabilité répond à des exigences réglementaires.

Le Service Informatique respecte la confidentialité de ces données de traces mais il peut être amené à les utiliser, en situation d'urgence ou sur la demande de la direction générale, pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

Par ailleurs, une cellule de surveillance des usages déviants est mise en place au sein de l'établissement. Elle a pour mission de contrôler les accès non autorisés aux données de santé à caractère personnel, à partir de l'analyse des données de traces.

- **INFORMATIQUE ET LIBERTES :**

Dans le cadre du respect de la loi Informatique et Libertés, toute création ou modification de fichier comportant des données nominatives doit être signalée au référent de la Sécurité du Système d'Information (rSSI).

Ainsi, préalablement à la mise en œuvre du fichier, le rSSI pourra vérifier la conformité de ce recueil d'information aux exigences de la CNIL et procèdera aux opérations de déclaration et d'information réglementaires. L'absence de déclaration de fichier comportant des données à caractère personnel est passible de sanctions financières et de peines d'emprisonnement. Le rSSI est en droit de mettre fin à tout traitement ne respectant pas les obligations relatives à la loi Informatique et Libertés.

- **RESPONSABILITES ET SANCTIONS**

En cas de manquement aux règles de la Charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information, l'utilisateur responsable de ce manquement s'expose à des sanctions pouvant aller jusqu'au licenciement, voire des actions civiles ou pénales en fonction de la gravité de ses actes.

Saumur, le 05/04/2018

Le Directeur Général
du CH de Saumur
Jean-Paul QUILLETT

 Centre Hospitalier de Saumur	Enregistrement	Référence : SI- ESECUR- E-003
Service informatique	<h1>ATTESTATION DE LECTURE STAGIAIRE</h1> <p>Extrait de la charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information dans le respect de la confidentialité des données de santé du Centre Hospitalier de Saumur</p>	
	Date de diffusion : 14/12/2018	

ATTESTATION DE LECTURE

A RETOURNER OBLIGATOIREMENT

AU SERVICE FORMATION

Je soussigné,

NOM :

Prénom :

Fonction :

Etablissement de formation :

En stage du : au :

Service :

déclare avoir pris connaissance de l'**Extrait de Charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information du Centre Hospitalier de Saumur**, qui m'a été remis lors de mon arrivée au sein de l'établissement.

Je m'engage :

- à lire la Charte dans son intégralité, disponible sur l’Intranet et dans la gestion électronique des documents qualité Qualnet,
 - à respecter les dispositions qui y sont définies.

Date : _____

Signature :

 Centre Hospitalier de Saumur	Enregistrement ATTESTATION DE LECTURE DRH Extrait de la charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information dans le respect de la confidentialité des données de santé du Centre Hospitalier de Saumur	Référence : SI-ESECUR-E-004 Date de diffusion : 07/12/2018
---	---	---

ATTESTATION DE LECTURE
A RETOURNER OBLIGATOIREMENT
A LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Je, soussigné,

NOM :

Prénom :

Fonction :

Attention ! Imprécision non générée ; Seule la version informatique fait foi.

déclare avoir pris connaissance de l'**Extrait de Charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information du Centre Hospitalier de Saumur**, qui m'a été remis lors de mon arrivée au sein de l'établissement.

Je m'engage :

- à lire la Charte dans son intégralité, disponible sur l'Intranet et dans la gestion électronique des documents qualité Qualnet,
- à respecter les dispositions qui y sont définies.

Date :

Signature :

 <p>Centre Hospitalier de Saumur</p> <p>Service informatique</p>	<p>Enregistrement</p> <p>ATTESTATION DE LECTURE DSI Extrait de la Charte de Sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information dans le respect de la confidentialité des données de santé du Centre Hospitalier de Saumur</p>	<p>Référence : SI-ESECUR- E-005</p> <p>Date de diffusion : 14/12/2018</p>
---	---	---

ATTESTATION DE LECTURE

A REMETTRE OBLIGATOIREMENT

AU CADRE DE SANTE DE L'UNITE DE SOINS

Attention ! Impression sonore dégagée ; Seule la version informatique fait foi.

Je, soussigné,

NOM :

Prénom :

Fonction :

Etablissement de formation :

En stage du : au :

Service :

déclare avoir pris connaissance de l'**Extrait de Charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information du Centre Hospitalier de Saumur**, qui m'a été remis lors de mon arrivée au sein de l'établissement

Je m'engage :

- à lire la Charte dans son intégralité, disponible sur l’Intranet et dans la gestion électronique des documents qualité Qualnet,
 - à respecter les dispositions qui y sont définies.

Date :

Signature :

 Centre Hospitalier de Saumur Service Informatique	<p style="text-align: center;">Enregistrement</p> <p style="text-align: center;">ATTESTATION DE LECTURE DAM Extrait de la Charte de Sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information dans le respect de la confidentialité des données de santé du Centre Hospitalier de Saumur</p>	Référence : SI-ESECUR-E-006 Date de diffusion : 22/01/2019
---	--	---

ATTESTATION DE LECTURE

A RETOURNER OBLIGATOIREMENT

A LA DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

Je, soussigné,

NOM :

Prénom :

Fonction :

Je déclare avoir pris connaissance de l'**Extrait de Charte de sécurité pour l'accès et l'usage du Système d'Information du Centre Hospitalier de Saumur**, qui m'a été remis lors de mon arrivée au sein de l'établissement.

Je m'engage :

- à lire la Charte dans son intégralité, disponible sur l'Intranet et dans la gestion électronique des documents qualité Qualnet,
- à respecter les dispositions qui y sont définies.

Date :

Signature :

A compléter par la DAM :

N° de matricule :



CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR

SERVICE MINIMUM EN FONCTION DE LA DUREE DE LA GREVE - 14-01-2016					
Durée du mouvement de grève	Secteurs d'activité				
		1^{er} groupe : services dont le maintien en fonctionnement n'est pas indispensable			
Grève de 1 jour	Administratif	Technique et Logistique	Médico-technique	Soins	
	Archives médicales	Blanchisserie		Accueil de jour Alzheimer	
	Aumonerie	Self		Brancardage	
	Communication	Service biomédical		Cs externes	
	Département d'information médicale			Cs maternité	
	Direction clientèle			Cs Gynécologie	
	Direction économiques et financières			Cs mémoire	
	Direction des affaires médicales			CS Pédiatrie	
	Direction des ressources humaines			Electro-encéphalogramme	
	Direction des soins			Equipe Mobile Gériatrique	
Grève qui se prolonge	Direction générale			Equipe Mobile Soins Paliatifs	
	direction Qualité /risques			UCA	
	Reprographie			Pédopsychiatrie	
	Service de santé au travail			SSR Cardio	
				Diététicienne	
				Rééducation fonctionnelle	
				Explor fonct cardio & gastro-pneumo dont	
				Cs cardiologie	
	2^e groupe : services dont l'activité doit être maintenue mais réduite au service minimum				
	Admissions	Chambre mortuaire	Laboratoire	Bloc / stérilisation	
	Standard accueil	Cuisine	Pharmacie	Cardiologie / UPUG	
	Vaguemestre	Informatique	Radiologie	Chirurgie gynécologique	
		Magasin (distribution médicament)		EHPAD (GdT et RAC)	
		Services techniques		Gastro - UNVP	
				Maternité	
				Méd Polyy gériatrique	
				Médecine interne - Pneumologie	
				Pédiatrie	
				Psychiatrie adultes	
				Soins de suite et réadapt	
				Hôpital de jour de médecine	
3^e groupe : services dont l'effectif normal ne peut être diminué					
				Bloc obstétrical	
				Néonatalogie	
				SMUR - URGENCES	
				URGENCES - UHCD	
				Urgences médicales pédiatriques	
				USIC / USC	
Grève qui se prolonge	Confère détail par service.				

Route de Fontevraud - BP 100 - 49403 SAUMUR Cedex - secrétariat DRH -

G:\DRH\SECRETARIAT\Réunion DRH-PS\2016\Tableau Service Minimum en fonction de la durée de la grève V 19-01-2016

Mise à jour le 03/02/2017

