

Règlement intérieur

CH de Saint Calais

Direction

Mis à jour en juin 2024

Sommaire

Chapitre 1 : Dispositions générales	4
Les grands principes du service public hospitalier	4
L'organisation administrative et médicale du CHSC	6
Plaintes, réclamations et voies de recours	16
Chapitre 2 : Règles de sécurité générale	18
Règles générales	18
Intervention de la police et de la justice	20
Règles de circulation et de stationnement	21
Chapitre 3 : Règles applicables aux patients, visiteurs et accompagnants	22
Dispositions relatives aux hospitalisations et aux consultations externes	22
Les dispositions propres à certaines catégories de patients	37
Les dispositions applicables au dossier patient	46
Chapitre 4 : Dispositions relatives aux personnels	48
Principes fondamentaux liés au respect du patient	48
Bonne conduite professionnelle	50
Les droits des personnels	53

Chapitre 1 : Dispositions générales

Les grands principes du service public hospitalier

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. Les principes ci-dessous énoncés sont donc applicables à tout Service Public.

LE PRINCIPE D'EGALITE ET D'ACCESSIBILITE AUX SOINS

L'établissement garantit l'égal accès de tous aux soins dispensés, et ne commet aucune discrimination entre les malades.

L'établissement fonctionne de manière ininterrompue, et assure la continuité des soins. A ce titre, sont assurées des permanences de jour comme de nuit.

LE PRINCIPE DE MUTABILITE

L'établissement s'adapte aux besoins et aux circonstances dans la façon dont les soins sont organisés. Si cela est nécessaire, il est procédé à des mutations ou à des réorganisations, ce dans l'intérêt général. Les usagers du CHSC doivent s'adapter à ces mutations ou réorganisations.

LES TARIFS

La mise en œuvre du service public hospitalier doit s'effectuer dans un cadre tarifaire précis et accessible au patient.

A ce titre, l'établissement garantit aux assurés sociaux les tarifs opposables, sous réserve des dispositions relatives à l'exercice libéral des praticiens au sein du CHSC.

LES PRINCIPES DE NEUTRALITE ET DE LAÏCITE

La France est une République indivisible et laïque. Elle assure l'égalité de tous les citoyens devant la loi, sans distinction d'origine, de race, ni de religion, et elle respecte toutes les croyances.

A ce titre, l'établissement traite tous les usagers de la même façon, faisant abstraction de leurs opinions et de leurs croyances religieuses.

Les patients et résidents sont mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent sur demande de leur part, la visite du ministre du culte de leur choix.

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

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire au bon déroulement du service public hospitalier, les usagers doivent se conformer aux obligations qui en découlent, conformément à l'article R645-14 du Code pénal.

Enfin, les personnels sont tenus de ne pas faire état de leur opinion dans l'exercice de leurs fonctions, et ne peuvent manifester aucune croyance religieuse.

DIGNITE ET BIEN TRAITEMENT AU CHSC

La personne malade a droit au respect de sa dignité. La personne hospitalisée est traitée avec égard. A ce titre, des actions concrètes sont menées au CHSC, afin de permettre à l'usager d'être acteur de son parcours hospitalier.

De même, des mesures garantissent des liens de qualité entre usagers et professionnels.

Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne.

Les personnels médicaux et soignants du CHSC exercent leur mission dans le respect de la vie humaine, et de la dignité des malades.

Le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et visites médicales, des traitements, et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier.

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

La douleur du patient doit être en toutes circonstances évitée, évaluée, prise en compte, et traitée.

L'établissement s'y engage et s'organise à cet effet, notamment par le Comité de lutte contre la douleur.

Une attention particulière est portée au soulagement de la douleur des personnes en fin de vie.

Lorsque les personnes sont parvenues au terme de leur existence, l'établissement s'est organisé pour assurer à tout patient une digne vie jusqu'à la mort, notamment à travers l'équipe mobile d'accompagnement en soins palliatifs.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

La promotion de la bientraitance au quotidien est inscrite dans le projet stratégique de l'établissement.

L'organisation administrative et médicale du CHSC

LES INSTANCES DE DECISION

ARTICLE 1 – LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

1. Attributions

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

- 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 et, annuellement, les modalités de sa mise en œuvre au sein de l'établissement et de ses structures, présentées par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement ;
- 2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 4° Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- 5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- 6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- 8° Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 ;
- 9° Le plan pluriannuel d'investissement.

Il donne son avis sur :

- l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ;
- la charte de gouvernance mentionnée au III de l'article L. 6143-7-3 ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2 ;
- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance se voit présenter annuellement :

- a) Les observations du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'état de santé de la population du territoire et sur l'offre de soins disponible sur ce dernier ;
- b) Les actions universitaires, d'enseignement et de recherche menées par le centre hospitalier universitaire avec lequel l'établissement a conclu une convention au titre de l'article L. 6142-5 ;
- c) Le bilan, élaboré conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, des actions mises en œuvre par l'établissement pour améliorer l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du groupement hospitalier de territoire.

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

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés en

concertation avec le directoire ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le directoire.

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

Le conseil de surveillance est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.

2. Composition

Le Conseil de Surveillance du CHSC est composé de 10 membres, parmi lesquels figurent des représentants des collectivités territoriales, du personnel médical et non médical, des usagers et des personnalités qualifiées. Leur mandat est de 5 ans.

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins 4 fois par an.

3. Présidence

Le conseil de surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, pour une durée de 5 ans.

Le président du conseil de surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, un vice-président, qui préside le conseil de surveillance en son absence.

ARTICLE 2 – LE DIRECTEUR

Le Directeur Général conduit la politique générale de l'établissement. Il est nommé par voie ministérielle.

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

Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement à l'exclusion de celles qui relèvent de la compétence du Conseil de surveillance.

Dans les domaines déterminés par la loi, les décisions sont prises par le Directeur Général après concertation avec le Directoire.

Pour assurer sa mission sur toute l'étendue de l'établissement, le Directeur est assisté de cadres de direction qu'il réunit périodiquement dans le cadre d'un comité de Direction (Codir).

Il travaille en étroite liaison avec le Président de la CME, véritable « coordonnateur médical » avec lequel il élabore le projet médical de l'établissement.

Il participe aux séances du Conseil de surveillance, et exécute ses délibérations.

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques qui s'imposent aux professions de santé.

Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement.

Des délégations de signature sont mises en œuvre.

ARTICLE 3 – LE DIRECTOIRE

Le Directoire a pour mission d'appuyer et de conseiller le Directeur dans la conduite et la gestion de l'établissement.

1. Attributions

Le directoire approuve le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et prépare sur cette base le projet d'établissement. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Le Directoire est un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants. Instance de concertation, il éclaire en amont les décisions du Directeur, en assure le relais et en facilite la déclinaison dans tout l'établissement, et particulièrement au niveau des pôles. Il veille à la cohérence des projets de pôle avec le projet médical et avec l'ensemble du projet d'établissement.

2. Composition

Le Directoire est composé de 9 membres, dont une majorité est issue du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Trois sont membres de droit et quatre sont nommés pour une durée de quatre ans.

Les trois membres de droit sont :

- Le Directeur Général, qui en est le président
- Le président de la CME, qui en est le vice-président
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques.

Le Directeur Général nomme six membres pour une durée de quatre ans, dont au moins quatre praticiens sur proposition du Président de la CME et un professionnel non-médical, sur proposition du président de la CSIRMT.

Le directeur peut en outre, sur avis conforme du président de la commission médicale d'établissement et après consultation du directoire, désigner au plus trois personnalités qualifiées. Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du directoire.

Chaque séance du directoire fait l'objet d'un relevé de conclusions rendu accessible à l'ensemble du personnel de l'établissement.

Le Directoire se réunit au moins 8 fois par an.

LES INSTANCES DE CONCERTATION ET DE REPRESENTATION

ARTICLE 4 – LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

1. Attributions

La CME est, selon les cas, consultée ou informée, conformément à la réglementation.

Elle définit l'organisation la mieux adaptée pour répondre à ses missions, notamment en matière de lutte contre les infections nosocomiales, politique du médicament, et prise en charge de la douleur.

La CME donne son avis sur les orientations stratégiques de l'hôpital, son organisation interne, la politique de coopération territoriale, la politique de recherche et d'innovation, l'accueil et l'intégration des professionnels et des étudiants, ainsi que la gestion prévisionnelle des emplois. Son avis peut aussi être sollicité sur tout sujet par son Président, notamment pour mieux renseigner les membres du Directoire.

2. Organisation

La CME se réunit au moins 4 fois par an. Elle est organisée en plusieurs commissions et groupes d'experts, définis et placés sous la conduite de présidents nommés par le Directoire sur proposition du bureau de la CME, et qui lui rendent compte périodiquement de leurs travaux.

Elle est dotée de son propre règlement intérieur qu'elle met à jour régulièrement.

3. Composition

La Commission Médicale d'Etablissement du CHSC est composée de :

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ;
- L'ensemble des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- Un représentant élu parmi les praticiens hospitaliers de l'établissement et un suppléant
- Un représentant élu des praticiens contractuels de l'établissement ou exerçant à titre libéral et un suppléant

- Assistent en outre avec voix consultative :
 - Le président du Directoire, ou son représentant. Il peut être assisté de toute personne de son choix,
 - Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation, et médicotechniques,
 - Le praticien responsable de l'information médicale,
 - Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène,
 - Un représentant du CSE.

4. Présidence

Le Président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement et élabore avec le Directeur, en conformité avec le contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement.

Il est élu parmi les praticiens titulaires de la CME pour un mandat de 4 ans, renouvelable une fois ; il est statutairement Vice-Président du Directoire et membre de droit du Conseil de Surveillance.

Les fonctions de président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

ARTICLE 5 – LA COMMISSION DES SOINS INFIRMERS, DE REEDUCATION MEDICOTECHNIQUES (CSIRMT)

La CSIRMT est consultée ou informée sur les questions liées à l'organisation des soins dans les conditions fixées par décret.

1. Attributions de la CSIRMT

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

- 1° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- 2° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- 3° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- 4° Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 5° La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 6° La politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- 1° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 2° La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 ;
- 3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Elle est dotée de son propre règlement intérieur qui est mis à jour régulièrement.

2. Composition de la CSIRMT

Cette commission 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. Elle est composée de :

- Collège des cadres de santé : 2 sièges de titulaires et 2 sièges de suppléants
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechnique : 5 sièges de titulaires et 5 sièges de suppléants
- Collège des aides-soignants : 3 sièges de titulaires et 3 sièges de suppléants.

Le mandat des membres est d'une durée de 4 ans.

3. Présidence de la CSIRMT

La CSIRMT est présidée par le directeur des soins.

Le Président, membre de droit du Directoire, rend compte chaque année de l'activité de la CSIRMT dans un rapport d'activité.

ARTICLE 6 – LA COMMISSION DE L'ACTIVITE LIBERALE

Les praticiens hospitaliers ont le droit d'exercer une activité libérale au sein du CHSC, dans le respect de la réglementation. La commission se réunit en cas d'exercice, par un praticien hospitalier de l'établissement, d'une activité libérale.

1. Attributions

La commission est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant, ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

La commission de l'activité libérale adresse chaque année à la Commission Médicale d'établissement, au Conseil de Surveillance, au Directeur de l'établissement, et au Directeur de l'Agence Régionale de Santé, un

rapport annuel comprenant un certain nombre d'éléments statistiques, notamment la valorisation de l'activité des médecins.

2. Composition

Cette commission comprend :

- Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins
- Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non-médecins
- Un représentant de l'ARS désigné par son Directeur général
- Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur
- Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement
- Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la CME
- Un représentant des usagers du système de santé désigné par le directeur de l'établissement parmi les usagers membres du conseil de surveillance.

ARTICLE 7 – LE COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT

Ce comité est une instance consultative visant à associer les personnels hospitaliers non médicaux à la gestion de l'établissement.

1. Attributions

Le CSE réunit les représentants élus du personnel.

Il est consulté :

- 1° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 2° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;
- 3° Le plan global de financement pluriannuelle ;
- 4° L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ;
- 5° L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
- 6° Les projets de réorganisation de service ;
- 7° La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- 8° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;
- 9° Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- 10° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Il est informé chaque année :

- 1° La situation budgétaire de l'établissement ;
- 2° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;
- 3° Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code ;
- 4° Les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code.

2. Composition

Le comité technique d'établissement est composé du Directeur de l'établissement ou son représentant, et de 8 membres titulaires et 8 membres suppléants représentants du personnel élus. Le mandat des représentants est fixé à quatre ans.

3. Présidence

Il est présidé par le Directeur Général, ou son représentant, membre du corps des personnels de direction.

4. Organisation

Le comité social d'établissement se réunit au minimum quatre fois par an.

Le Comité Social d'Etablissement dispose de son propre règlement intérieur, contenant des précisions relatives à l'organisation ainsi qu'à la préparation et la tenue des réunions.

ARTICLE 8 – LA FORMATION SPECIALISEE EN MATIERE DE SANTE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

1. Missions et organisation

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail exerce ses attributions à l'égard du personnel du ou des services de leur champ de compétence et de celui mis à la disposition et placé sous la responsabilité du directeur de l'établissement.

La formation spécialisée instituée au sein du comité social d'établissement exerce ses attributions sur le périmètre du comité auquel elle appartient.

2. Composition

Cette formation se compose :

- Du Directeur Général, ou son représentant,
- De représentants du personnel non-médical, 8 titulaires et 8 suppléants
- De représentant de la CME, 1 titulaire et 1 suppléant

Peuvent participer à cette formation, avec voix consultative :

- Le médecin du service de santé au travail ou son représentant,
- Le représentant du service compétent en matière d'hygiène,
- Tous représentants de l'administration en charge des dossiers concernés.

3. Présidence

La présidence est assurée par le Directeur Général ou son représentant, membre du corps de direction.

LE FONCTIONNEMENT MEDICAL

Les pratiques médicales et pharmaceutiques

ARTICLE 9 – PRATIQUES MEDICALES

Le Code de déontologie médicale, défini par la réglementation, s'applique aux praticiens de l'établissement. Le praticien doit soigner avec la même conscience tous les malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation, et les sentiments qu'ils lui inspirent.

Selon les règles déontologiques fixées par décret en 2012, le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. A ce titre, le praticien entretient et perfectionne ses connaissances.

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Le médecin respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, et de dévouement, indispensables à l'exercice de la médecine.

ARTICLE 10 – PRATIQUES PHARMACEUTIQUES

Le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie est responsable des activités prévues par la loi et autorisées pour cette pharmacie.

Il assure la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés dans le Code de la santé publique, ainsi que des dispositifs médicaux stériles.

Il mène ou participe à toute action d'information sur les produits considérés et à toute action d'évaluation de leur bon usage ; il concourt à la pharmacovigilance, à la matériovigilance et à la commission en charge des médicaments et des dispositifs médicaux. Au travers du contrat de bon usage du médicament, il participe à l'amélioration du circuit du médicament. Il participe aux travaux des sous-commissions en charge des vigilances en tant que besoin.

Le personnel attaché à la pharmacie exerce ses fonctions sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance et des pharmaciens adjoints de cette pharmacie à usage intérieur.

La comptabilité de la pharmacie est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité. La tenue de cette comptabilité est exclusive de tout maniement de fonds.

L'organisation médicale

ARTICLE 11 – VISITE MEDICALE QUOTIDIENNE

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement chaque matin. Une contre-visite est organisée en fin de journée.

Le jour de sortie des patients est fixé par le médecin du service. La sortie peut se faire tout au long de la journée, en semaine et en week-end.

ARTICLE 12 – LE TEMPS MEDICAL

L'organisation de l'activité médicale et pharmaceutique comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et jour férié. Le service quotidien de jour s'entend du lundi matin au samedi matin inclus.

Elle détermine la durée des 2 périodes sur 24 heures, correspondant au jour et à la nuit qui ne peuvent en aucun cas être d'une amplitude supérieure à 14 heures.

1. Tableaux de service

Le tableau de service mensuel nominatif prévisionnel (sur proposition du chef de service) est arrêté le 20 de chaque mois pour le mois suivant. Il indique de manière détaillée les périodes de temps de travail de jour et de nuit et d'astreinte à domicile pour chaque praticien du service. Y figurent également toutes les activités comptabilisées dans les obligations de service (activité d'intérêt générale, activité libérale, congés, ...).

Il peut être réajusté au jour le jour et au plus tard à la fin de chaque période mensuelle en fonction de la présence et des absences constatées pour chaque praticien.

Le tableau réalisé permet la rémunération statutaire et la rémunération des différentes indemnités.

2. Les obligations de service

Les obligations de services sont, pour un praticien exerçant à temps plein, de 10 demi-journées hebdomadaires ou pour les services en temps médical continu de 48 heures maximum réparties du lundi au samedi matin inclus. Elles sont proratisées en fonction du temps de travail du praticien

3. Le temps de travail additionnel

Le temps de travail additionnel correspond au temps de travail réalisé par les praticiens volontaires au-delà de leurs obligations de service.

En principe, celui-ci est récupéré dans l'année. Cependant, il peut être proposé par la Commission relative à l'Organisation de la Permanence des Soins la rémunération (indemnisation prévue par l'arrêté du 30 avril 2003) ou le versement au compte épargne temps :

- Si le service enregistre une vacance de poste prolongée (départ, arrêt longue maladie, congé maternité ...) non couverte par un médecin remplaçant ;
- Au regard du temps de travail effectif réalisé lors des astreintes.

ARTICLE 13 – LA PERMANENCE DES SOINS

La permanence des soins a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

1. L'astreinte

L'astreinte s'effectue à domicile ou dans tout autre lieu au choix du praticien à condition qu'il soit joignable en permanence et qu'il puisse intervenir dans les plus brefs délais.

L'astreinte est organisée en dehors du service quotidien de jour :

- la nuit en semaine de 19h à 9h,
- le samedi de 12h à 9h le dimanche
- le dimanche et les jours fériés de 9h à 9h.

L'astreinte est dite soit « opérationnelle » (déplacements fréquents du médecin à l'hôpital), soit de sécurité (déplacements moins importants).

L'ensemble des personnels médicaux est concerné à l'exception des assistants associés et attachés associés.

2. La permanence sur place

La permanence sur place s'effectue au sein de l'établissement et répond généralement à des exigences légales et/ou locales.

La permanence sur place est organisée :

- la nuit en semaine de 19h à 9h,
- le samedi de 12h à 9h,
- le dimanche et les jours fériés de 9h à 9h.

Les praticiens associés et assistants associés peuvent participer aux permanences sur place.

Il existe au sein de l'établissement des lignes de garde de juniors auxquelles les internes affectés au sein de l'établissement participent.

L'indemnisation de la permanence des soins du personnel médical au CHSC est prévue par l'arrêté modifiée du 30 avril 2003.

L'indemnisation de la garde des internes est, pour sa part, prévue par l'arrêté modifié du 10 septembre 2002.

La compétence de certains personnels hospitaliers

ARTICLE 14 – INTERNES

Les internes sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui, à l'hôpital, consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et à leur formation. Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service.

Au sein des pôles cliniques, les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), aux jours et heures arrêtés par le chef de service. Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien du service. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère invasif, sous la responsabilité du chef de service, que s'ils sont habilités par celui-ci et à condition qu'un praticien autorisé par la réglementation soit en mesure d'intervenir à tout moment.

Au sein des services médico-techniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic

Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques.

Les internes participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour.

Plaintes, réclamations et voies de recours

ARTICLE 17 – LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

1. Objet

La CDU est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches :

- En s'assurant que toute personne puisse exprimer ses griefs auprès des responsables de l'établissement et soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose
- En examinant les suggestions et réclamations qui ne présentent pas le caractère de recours gracieux ou juridictionnel
- En émettant des avis et des recommandations pour l'amélioration de la prise en charge des usagers.

Les membres de la CDU définissent le projet des usagers, en cohérence avec le projet d'établissement. Ils réalisent un rapport annuel.

2. Composition

La CDU est composée :

- Du Directeur Général, président, ou son représentant
- D'un médiateur médecin et son suppléant,
- D'un médiateur non médecin et son suppléant,
- De deux représentants des usagers (et leur suppléant), désignés par l'Agence Régionale de Santé,
- Du Président de la CME ou son représentant,
- D'un représentant de la CSIRMT et son suppléant,
- Et d'un représentant du personnel et son suppléant.

Le président de la CDU peut être assisté des professionnels de son choix en fonction des sujets évoqués.

3. Les réclamations

Tout usager du CHSC, non satisfait de sa prise en charge, est invité à s'adresser au cadre de santé du service, ou au médecin qui le prend en charge.

Si cette première démarche ne lui apporte pas satisfaction, il peut :

- Faire appel à un représentant des usagers
- Solliciter le service Qualité
- Pour recueillir sa plainte ou sa réclamation.

Le responsable Qualité fait le lien avec la CDU et pourra le cas échéant mettre l'utilisateur en relation avec un médiateur.

ARTICLE 18 – LE DEPOT ET L'ENREGISTREMENT DES RECLAMATIONS ET DES PLAINTES

Toute personne accueillie au sein du CHSC (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants-droit) peut faire part de ses observations ou de ses réclamations auprès du service Qualité ou directement au Directeur.

Les observations et réclamations sont examinées avec le plus grand soin. Il y est donné réponse dans les meilleurs délais.

Le patient ou ses ayant-droit souhaitant adresser une demande de réparation doit en faire la demande par courrier auprès du Directeur.

ARTICLE 19 – LE MEDiateur

Le médiateur intervient afin de résoudre à l'amiable un conflit entre les patients ou leur famille et des professionnels du Centre Hospitalier.

Le Directeur Général désigne un médiateur médecin et un médiateur non médecin.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés parmi les médecins exerçant au sein de l'établissement ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer au sein de la même structure médicale.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés parmi le personnel non médecin exerçant au sein du centre hospitalier.

Les médiateurs rencontrent le patient ou ses ayants droit, lorsqu'ils en font la demande. Ils peuvent également rencontrer ses proches lorsqu'ils l'estiment utile, ou à leur demande.

Lorsque le médiateur médecin souhaite consulter un dossier médical, il s'assure de l'accord du patient ou de son représentant légal, ou de ses ayants droit en cas de décès.

ARTICLE 20 – LES COMMISSIONS REGIONALES DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MEDICAUX (CRCI)

La CRCI siège en formation de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes, et des infections nosocomiales, et en formation de conciliation.

Le patient (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants-droit) peut également s'adresser à la CRCI, lorsqu'il s'agit :

- D'une contestation relative au respect des droits des malades et des usagers du système de santé
- De tout litige ou de toute difficulté nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.

Le patient peut saisir la CRCI lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important, fixé par décret. La commission peut également être saisie par les ayant-droit d'un personne décédée, suite à un acte de prévention, de diagnostic, ou de soin.

La CRCI ordonne une expertise amiable et rend un avis sur une éventuelle responsabilité au plus tard dans les six mois qui suivent.

ARTICLE 21 – LE CONTENTIEUX ADMINISTRATIF ET MEDICAL

Le patient (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants-droit) peut enfin exercer un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage.

Dans tous les cas, les actions tendant à mettre en cause la responsabilité du CHSC se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage.

Préalablement à tout recours en indemnité devant le juge administratif, le requérant doit formuler auprès du CHSC, sous forme de requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice.

Chapitre 2 : Règles de sécurité générale

Règles générales

ARTICLE 22 – NATURE ET OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE

Les règles de sécurité ont pour but d'assurer le calme et la tranquillité des usagers, et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine accidentelle ou intentionnelle.

Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail, ainsi que l'environnement et le patrimoine hospitalier.

Les règles de sécurité doivent être en permanence proportionnées aux besoins du CHSC, des usagers et des personnels hospitaliers, en fonction des circonstances.

En tant que responsable de la conduite générale du CHSC, le Directeur Général édicte ces règles par voie de notes de service portant règlement intérieur spécifique et recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, règlements, et principes généraux du droit.

Toute personne doit se conformer aux règles de sécurité, quelle que soit la raison de sa présence au sein du CHSC.

ARTICLE 23 – CALME ET TRANQUILLITE AU SEIN DU CHSC ET PREVENTION DES TROUBLES

Lorsque des troubles sont occasionnés par un patient ou un visiteur dans l'enceinte du CHSC, le Directeur peut prononcer toute mesure disciplinaire qu'il juge appropriée.

Le Directeur peut également décider de l'expulsion de tout visiteur interdit ou tiers, risquant de troubler la tranquillité au sein du CHSC.

ARTICLE 24 – RAPPORTS AVEC LES AUTORITES DE POLICE ET DE JUSTICE

Le Directeur Général a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police.

Il lui incombe de décider si leur intervention est nécessaire.

En cas de violences à l'encontre d'un patient ou d'un visiteur, le Directeur doit faciliter le dépôt de plainte de la victime, notamment en autorisant la police à rencontrer celle-ci afin de recueillir ses propos dans les locaux de l'établissement.

Le Directeur a la charge d'aviser le Procureur de tout fait se déroulant dans l'enceinte du CHSC, susceptible de constituer un crime ou un délit.

ARTICLE 25 – REGLES DE RESPONSABILITE

La mise en œuvre par l'établissement de mesures de protection et de surveillance ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

En ce qui concerne les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte du CHSC, ceux-ci engagent la responsabilité pénale de leurs seuls auteurs, qu'ils soient ou non identifiés.

Les victimes de dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel.

ARTICLE 26 – CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements. Ces mesures doivent être proportionnées à la gravité de la situation.

Le CSE en est informé pour toutes les matières relevant de sa compétence.

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

Le cas échéant, le Directeur peut faire interdire l'accès au CHSC à toute personne qui refuserait de se prêter aux mesures qu'il aura adoptées.

En cas de péril grave et imminent, pouvant provoquer une atteinte sérieuse à l'intégrité physique des personnes présentes sur le site du CHSC, le Directeur peut, nonobstant le consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules.

Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation. En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier.

ARTICLE 27 – PREVENTION ET MAITRISE DES RISQUES

Le Directeur Général prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des malades et usagers du CHSC.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, il définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées ; notamment la CME, qui est compétente en matière de la qualité et de la sécurité des soins, et le CSE.

Le Directeur Général informe régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention.

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

ARTICLE 28 – GARDE TECHNIQUE

L'établissement fait face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement.

Suivant les instructions du Directeur Général, la Direction organise la continuité sur le plan technique dans les domaines relevant de leurs compétences.

Elles désignent respectivement les agents qui assurent ces interventions.

ARTICLE 29 – SECURITE INCENDIE

L'établissement est assujéti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie applicables à tous les établissements recevant du public.

L'établissement a inscrit à son plan de formation des formations à la sécurité-incendie. Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation internes relative à la sécurité contre l'incendie.

Tout aménagement intérieur doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Direction.

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

ARTICLE 30 – INTERDICTION DE FUMER

Il est interdit de fumer à l'intérieur des bâtiments du CHSC, y compris dans les chambres d'hospitalisation.

Une signalisation apparente rappelle cette interdiction.

Cette disposition s'applique à tous les supports (cigarette y compris électronique, pipe, etc...).

Intervention de la police et de la justice

ARTICLE 31 – ENQUETES DE POLICE

En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur doit être informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient.

En cas d'intervention des forces de police suite à une commission rogatoire, le Directeur pourra demander lecture de celle-ci à l'Officier de police judiciaire (OPJ).

Lors de leur intervention, les forces de l'ordre doivent respecter la tranquillité des autres malades et le fonctionnement du service public hospitalier.

ARTICLE 32 – AUDITIONS DE PATIENTS

Le patient majeur ou mineur peut être entendu en qualité de simple témoin, de victime ou de suspect.

Tout patient peut, s'il le souhaite, prendre directement contact avec la police. Cependant, l'accord du Directeur doit être sollicité pour que les forces de l'ordre pénètrent dans l'établissement.

ARTICLE 33 – AUDITIONS DU PERSONNEL

L'agent hospitalier peut être entendu en tant que simple témoin ou victime, ou en tant que suspect. Dans ce cas, il pourra être entendu librement ou placé en garde à vue.

Lorsqu'il est auditionné dans le cadre d'une enquête de police, tout agent du CHSC doit en prévenir le Directeur, et le tenir informé des suites à l'issue de son audition.

Règles de circulation et de stationnement

ARTICLE 34 – ACCES AU CHSC

L'accès au CHSC est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs, et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

Les conditions matérielles de l'accès de ces personnes au CHSC sont organisées par le Directeur qui, le cas échéant, peut prendre, dans l'intérêt général, les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à autorisation.

L'établissement se réserve le droit d'interdire l'accès à son site aux personnes qui mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

A ce titre, il veille à ce que les tiers dont la présence au sein du CHSC n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux, et, au besoin, reconduits à la sortie du site.

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire animaux, alcool, armes et explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux, ou prohibés par la loi dans les établissements de santé.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi sont déposés dans un coffre sécurisé, en attendant d'être remis aux autorités de police.

ARTICLE 35 – VOIRIE HOSPITALIERE, REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Le Code de la Route est applicable dans l'ensemble du CHSC. La signalisation est adaptée au Code de la route.

La gendarmerie nationale et la police municipale peuvent intervenir pour faire respecter le Code de la route dans l'enceinte du CHSC.

L'établissement se réserve le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à son site aux personnes qui ne respecteraient pas les règles applicables, ou compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

L'établissement peut demander, aux frais du propriétaire, l'enlèvement de tout véhicule dont le stationnement, même régulier, serait sans lien avec le service public hospitalier.

Enfin, l'accessibilité, même régulière, au CHSC, n'engage en rien la responsabilité de celui-ci en matière d'accident de la circulation, de vol, ou de dégradation de véhicule.

Chapitre 3 : Règles applicables aux patients, visiteurs et accompagnants

Dispositions relatives aux hospitalisations et aux consultations externes

LE LIBRE CHOIX MEDICAL

ARTICLE 36 – LE PRINCIPE DU LIBRE CHOIX DU MEDECIN PAR LE MALADE

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce libre choix, à exercer par le malade lui-même, doit toutefois se concilier avec les règles de fonctionnement de l'hôpital telles que l'organisation des soins.

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

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

ARTICLE 37 – TRANSFERT VERS UN AUTRE ETABLISSEMENT APRES PREMIERS SOINS

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

ARTICLE 38 – LES CONSULTATIONS EXTERNES EN ACTIVITE LIBERALE

1. Organisation de l'activité libérale

Les médecins hospitaliers, remplissant les conditions réglementaires et qui en font la demande, peuvent être autorisés dans certaines limites et conditions, à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale sous forme de consultations, de soins en hospitalisation ou d'actes médico-techniques. Cette activité s'effectue dans le cadre d'un contrat soumis à un réexamen périodique. La commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires, ainsi que des stipulations des contrats des médecins.

2. Exercice de l'activité libérale

La prise en charge médicale peut s'effectuer au titre de cette activité dans les services où elle s'exerce, sous réserve d'un choix exprès et spontané du patient et d'un accord du médecin concerné.

Le malade doit recevoir préalablement toutes indications utiles sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment sur la tarification et les conditions de participation financière des organismes d'assurance maladie. Les jours, heures d'ouverture et le montant des honoraires de chaque consultation

privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques. Lorsque le malade opte pour cette prise en charge en hospitalisation, une demande d'admission à ce titre est signée, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant.

En principe, lorsqu'il a été pris initialement en charge dans le cadre de l'activité libérale, le patient ne peut être réadmis au cours du même séjour dans le secteur public ; il en va de même dans le sens inverse. Toutefois, le Directeur peut autoriser un tel transfert à titre exceptionnel sur demande motivée du malade ou de ses ayants droit.

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

Aucun lit, ni aucune installation médico-technique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale ; aucun acte médical concernant directement ou indirectement un prélèvement ou une greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli à ce titre.

LES ENTREES ET ADMISSIONS

Les formalités

ARTICLE 39 – PIECES A FOURNIR LORS DE L'ADMISSION

Sous réserve de certaines dispositions, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

A cet effet, le malade ou son représentant doit présenter à l'accueil sa carte vitale, sa carte mutuelle en cours de validité ou son attestation de Couverture Maladie Universelle, une pièce d'identité (comportant une photographie). Il peut lui être demandé sa déclaration d'accident du travail en cas d'accident du travail.

Un livret de famille est également demandé si la personne hospitalisée est mineure, ainsi que sa carte d'identité et celle de son accompagnateur.

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

Les bénéficiaires de l'article L115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

ARTICLE 40 – PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HOSPITALISATION

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

ARTICLE 41 – PERSONNES DE NATIONALITE ETRANGERE

Les ressortissants communautaires assurés à l'étranger doivent être titulaires d'une assurance privée. Les soins programmés font l'objet du versement d'une provision et ces personnes devront régler l'intégralité des frais de santé. Néanmoins, les ressortissants communautaires ne devront verser aucune provision si des soins urgents ou vitaux leur sont prodigués.

Le patient non ressortissant de l'Union Européenne, pour bénéficier de soins programmés au CHSC, doit adresser au Directeur, par l'intermédiaire du médecin, une lettre de demande d'avis médical, et un résumé du dossier médical sous pli confidentiel.

Après étude du dossier, l'établissement adressera au patient un avis médical accompagné d'un devis contresigné par la direction de l'Hôpital, indiquant la durée prévisionnelle du séjour, et le montant prévisionnel des frais de soins. L'admission est subordonnée à la confirmation de la prise en charge des soins soit par un organisme tiers payeur, soit par le patient lui-même.

Lorsque le séjour du malade est irrégulier et inférieur à trois mois, seuls les soins d'urgence sont pris en charge par l'Aide Médicale de l'Etat.

Lorsque le séjour du malade est irrégulier et supérieur à trois mois, celui-ci bénéficie de l'Aide Médicale de l'Etat pour tout type de soins.

L'admission d'un malade en situation d'urgence médicalement constatée est de droit, quelles que soient les conditions de prise en charge administrative du malade.

Les modalités d'admission

ARTICLE 42 – LES MODES D'ADMISSION

1. Admission par le service des urgences

Le Directeur prend toutes mesures, sans préjudice des dispositions relatives au transfert, pour que les soins urgents soient assurés au sein du site, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le Directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état-civil et de tout renseignement sur les conditions de remboursement des frais de séjour en la réalisant provisoirement sous X si les circonstances l'imposent.

Si l'admission est décidée et que le malade refuse de rester, il s'agit d'un refus de soins à constater selon les modalités définies.

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

L'admission est décidée, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité de l'hospitalisation, 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.

3. Admission programmée

Une convocation est remise ou adressée au malade, après avis du chef de service.

4. Admission directe dans un service

Lorsque son état clinique le justifie, le malade est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement du dossier administratif, non fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

ARTICLE 43 – LA COMPETENCE DU DIRECTEUR EN MATIERE D'ADMISSION

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

ARTICLE 44 – ADMISSION ANONYME ET ADMISSION SOUS CONFIDENTIALITE

Le patient peut demander que sa présence au sein du CHSC soit confidentielle. Dans ce cas, son identité ne sera connue que des services hospitaliers et des organismes d'assurance maladie. La confidentialité peut être demandée après la procédure d'admission.

Le patient peut demander à être admis de façon anonyme s'il est toxicomane, ou si une parturiente souhaite accoucher sous le secret.

En tout état de cause, l'admission est systématiquement réalisée de façon anonyme pour les dons de gamètes ou d'organes, les consultations anonymes pour la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des maladies sexuellement transmissibles.

Les objets et valeurs

ARTICLE 46 – DEPOT DES OBJETS ET SOMMES D'ARGENT

Lors de son admission, le patient peut, à titre exceptionnel, effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur des hospitalisés sont remis, après inventaire effectué dans le service de soins par le personnel soignant. Un dépôt intermédiaire est réalisé dans un coffre-fort adapté, avant transmission à la Trésorerie.

Si le malade ou blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont celui-ci est porteur est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement et l'accompagnant.

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

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

ARTICLE 47 – RESTITUTION DES OBJETS

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade par la Trésorerie principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt, et d'une pièce d'identité, ainsi qu'un certificat d'hérédité en cas de décès.

Toutefois, ces règles ne sont pas applicables aux patients ayant réalisé un très court séjour au service d'accueil des urgences. Le cas échéant, le dépôt est rendu par un professionnel de l'établissement.

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

LES SOINS

L'information sur les soins

ARTICLE 48 – INFORMATION DU PATIENT SUR LES SOINS ET SUR SON ETAT DE SANTE

Le malade est associé au choix thérapeutique le concernant. A cet effet - sauf urgence, impossibilité d'y procéder ou volonté expresse de la personne d'être tenue dans l'ignorance (sans risque pour des tiers) – une information appropriée, accessible et loyale doit être fournie à tout patient sur tous les éléments concernant son état de santé, y compris les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comportent les actes proposés en fonction de son état présent et de ses antécédents.

Le malade qui est victime ou s'estime victime d'un dommage imputable à l'activité soignante, ou son représentant légal, doit être informé sur les circonstances et les causes de ce dommage.

En dehors des informations de nature médicale, les personnes hospitalisées (ou consultantes) sont informées par tous moyens adéquats du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins. Toute personne a droit également à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion des activités de soins et sur les conditions de leur prise en charge.

ARTICLE 49 – INFORMATION DE LA FAMILLE

Dans chaque service les médecins reçoivent les familles des malades dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des malades et de leurs familles. Avec l'accord du malade et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le Code de la Santé et le Code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, sauf opposition de la part du malade.

Si le malade, majeur, a désigné une « personne de confiance » et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, cette personne peut en recevoir communication.

Sur demande écrite, les ayants droit d'un malade décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant son décès. Ils doivent être par ailleurs, informés sur les circonstances et causes d'un dommage imputable à l'activité soignante si la personne décédée en a été victime ou en est estimée victime.

La continuité des soins

ARTICLE 50 – ENVOI D'UN DOSSIER MEDICAL SUCCINCT ET COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

A la fin de chaque séjour hospitalier, un courrier de sortie résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre est adressé au médecin traitant du patient, une copie est remise au patient.

Dans ce cas, les informations sont transmises par voie postale ou par messagerie sécurisée, dans un délai maximum suivant la sortie du malade, fixé par la réglementation. Des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier du malade.

ARTICLE 51 – CONSENTEMENT ET REFUS DES SOINS

1. Accord sur les soins

Toute personne prend, avec le professionnel de santé concerné et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé.

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du malade qui peut le retirer à tout moment. Il en va ainsi même pour le dépistage des maladies contagieuses. Les prélèvements d'éléments du corps humain doivent être effectués dans le respect des démarches prévues légalement.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut avoir lieu avant consultation de l'éventuelle « personne de confiance » ou de la famille, ou à défaut d'un autre proche.

2. Refus des soins

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Lorsqu'un malade n'accepte pas les soins proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée, peut-être prononcée par le Directeur, sur demande du médecin le prenant en charge. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, dans la mesure du possible. Il peut également lui être proposé d'être pris en charge par un praticien différent.

La sortie est prononcée après signature par le malade d'un document attestant qu'il a pris connaissance des risques encourus par une sortie anticipée, et constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut par des témoins (qui peuvent être des agents hospitaliers).

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement (incluant l'alimentation artificielle) met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il informe s'il y a lieu la « personne de confiance » désignée, ou la famille ou un autre proche.

Il peut faire appel à un autre membre du corps médical

Le malade, conscient, doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable ; celle-ci est inscrite dans son dossier médical. En cas de refus persistant et en « situation extrême mettant en jeu le pronostic vital », le médecin prend en conscience les décisions qu'il estime nécessaires compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger ; il peut passer outre l'absence de consentement lorsqu'il accomplit un « acte indispensable à la survie du malade et proportionné à son état ».

ARTICLE 52 – SOINS PRODIGUES DANS UNE SITUATION D'URGENCE

En cas d'urgence mettant en jeu la vie du malade et en cas d'impossibilité de recueillir son consentement éclairé ou de consulter l'un des proches précités, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine ; dès que possible, il en tient ensuite informés les accompagnants et l'un des proches du patient.

ARTICLE 53 – REFUS D'HOSPITALISATION DU PATIENT

Tout malade dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé.

ARTICLE 54 – REFUS DE SOINS POUR MOTIF NON MEDICAL

Les usagers des services publics ne peuvent récuser un agent public, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public en raison de leurs convictions.

Si le patient exprime un refus de soins pour un motif non médical, des discussions peuvent être entamées par le praticien sur la nature et la nécessité des soins devant être prodigués.

Si le patient persiste dans son refus des soins, la sortie est prononcée après signature par le malade d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

En matière d'urgence, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine, même sans l'accord du patient ; dès que possible, il en tient ensuite informés les accompagnants et l'un des proches du patient.

ARTICLE 55 – PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPEES

La personne de confiance

Lors de son admission au CHSC, l'équipe soignante remet au patient un dépliant d'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance. L'ensemble des pôles cliniques de l'hôpital se doivent de proposer au patient, lors de son admission, la possibilité d'effectuer cette démarche.

Toute personne peut désigner une personne de confiance, hormis les majeurs sous tutelle.

Cette désignation, facultative, figure au dossier médical. Il est fortement recommandé de prévenir la personne de sa désignation, et de l'informer sur son rôle éventuel, dont elle doit avoir pleinement conscience.

Celle-ci a vocation à accompagner le patient dans ses démarches, et à assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions, s'il en formule la demande.

La personne de confiance peut également accéder aux informations concernant la santé du malade, si celui-ci ne s'y oppose pas.

Elle peut enfin être consultée si le patient devenait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cet effet.

Le rôle de la personne de confiance est renforcé pour les malades en fin de vie : lorsque le malade dans cette situation est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf urgence ou impossibilité, l'avis de la « personne de confiance » qu'il a désignée prévaut sur tout autre avis non médical, hormis les directives anticipées que le patient aurait rédigées.

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

En tout état de cause, la personne de confiance n'est consultée que pour avis. Celui-ci ne s'impose pas au médecin prenant en charge le patient.

Les directives anticipées

La directive anticipée est un écrit par lequel une personne fait connaître ses désirs quant aux questions relatives à la fin de vie, en particulier sur le possible arrêt ou la limitation des traitements.

Ce document doit être écrit, daté, signé, et authentifié par le nom, le prénom, la date et le lieu de naissance de son rédacteur.

Si la personne n'est plus dans la possibilité d'écrire, tout en restant capable d'exprimer sa volonté, cette dernière peut faire appel à deux témoins, dont la personne de confiance, pour attester que l'écrit correspond à la véritable expression d'une volonté libre et éclairée.

Ces directives peuvent être modifiées totalement ou partiellement, et sont révocables à tout moment.

Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne, sous réserve que ces directives aient été établies moins de trois ans avant son état d'inconscience.

ARTICLE 56 – CONSENTEMENT AUX ESSAIS THERAPEUTIQUES ET RECHERCHE CLINIQUE

Les médecins du CHSC peuvent proposer aux patients de participer à une recherche clinique. Néanmoins, tout patient peut demander à son médecin s'il existe actuellement des essais concernant la maladie dont il souffre.

La participation des patients est décidée en fonction des critères dits d'inclusion et d'exclusion définis dans le protocole de l'étude.

L'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches cliniques doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques.

Avant de procéder à un essai clinique, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

Sous réserve des dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée, qu'il s'agisse d'un protocole observatoire ou interventionnel.

Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être contresigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément.

Si le patient est mineur, son consentement, ainsi que celui de ses deux parents doivent être recueillis.

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

Les attachés de recherche clinique du promoteur encadrent l'essai clinique, et constituent l'interlocuteur principal du sujet. Ils l'accompagnent tout au long du processus.

Les malades ou leurs représentants légaux sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches cliniques ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation.

A l'issue de la recherche, le patient peut être informé, à sa demande, des résultats de la recherche et de son traitement.

LES CONDITIONS DE SEJOUR

Accueil et accompagnement

ARTICLE 57 – ACCUEIL DES PATIENTS – LIVRET D'ACCUEIL

Il est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein du site un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les formalités administratives d'admission et de sortie, les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. Les dispositions de la Charte de la personne hospitalisée sont insérées dans ce livret ainsi qu'un questionnaire permettant au malade de consigner librement ses observations, critiques et suggestions et pouvant être déposé à sa sortie. Ce livret contient la liste nominative des membres de la Commission des Usagers, accompagnée d'une information sur les modalités d'expression et de traitement des doléances. Ce livret d'accueil mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande, et qu'il est accessible sur le site internet de l'établissement.

ARTICLE 58 – SERVICE SOCIAL

Le Service Social a pour mission de faciliter sous tous ses aspects la vie des patients à l'hôpital, ainsi que de rechercher et de proposer les actions nécessaires à leur accès aux soins et à leur réinsertion sociale, familiale, professionnelle ou scolaire. A la disposition des malades, des familles et des proches, ce service participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques

inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge. Il favorise l'accès ou le maintien aux droits sociaux et participe à la résolution des difficultés administratives ou juridiques. Il aide à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires. Il prépare, en collaboration avec les autres intervenants, le retour et le maintien à domicile et organise si nécessaire l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée à la situation particulière des malades

ARTICLE 59 – RELATIONS AVEC LES ASSOCIATIONS D'USAGERS

L'établissement facilite l'intervention d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des malades, à leur demande ou avec leur accord, au sein du site.

Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du Directeur et conclure avec l'établissement une convention définissant les droits et obligations réciproques. Cette convention est élaborée suivant une convention-type, prévue par décret. L'accès auprès des malades est subordonné à cette procédure. Cette convention définit également les modalités d'intervention de chaque bénévole.

Le Chef de service peut toutefois s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service.

ARTICLE 60 – EXERCICE DU CULTE ET RELATIONS AVEC LE MINISTERE DES CULTES

L'établissement facilite l'exercice du culte de chaque patient qui en fait la demande. Ils reçoivent, sur demande de leur part, la visite du ministre du culte de leur choix. Si le malade le souhaite, il peut déclarer appartenir à un culte spécifique lors de son admission, afin de bénéficier d'un accompagnement spirituel approprié. Les familles en deuil peuvent également bénéficier d'un soutien.

Les visites

ARTICLE 61 – MODALITES ET HORAIRES

Les visites aux hospitalisés ont lieu, en règle générale, entre 13 h et 20 h, tous les jours pour garantir la tranquillité des patients et la bonne organisation des soins. Des aménagements horaires sont accordés selon les spécialités et les situations individuelles.

Il est recommandé de limiter le nombre de visiteurs à trois personnes, et d'éviter les visites des jeunes enfants porteurs de maladies transmissibles.

Il est également préférable que les visiteurs quittent la chambre lors des soins. Il est interdit aux visiteurs de ramener des boissons alcoolisées dans l'enceinte du CHSC.

ARTICLE 62 – COMPORTEMENT DES VISITEURS

Les visiteurs doivent respecter le repos des malades, éviter de gêner le fonctionnement du service, accepter sur demande du personnel de se retirer des chambres des malades ou d'autres locaux pendant l'exécution des soins et examens, éviter de provoquer tout bruit intempestif, et respecter strictement l'interdiction de fumer. Ils ne doivent pas imposer leur présence aux malades contre leur gré.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans l'hôpital des médicaments (sauf accord express du médecin), boissons alcoolisées ou produits toxiques de quelque nature qu'ils soient. Il leur est déconseillé par ailleurs d'apporter aux malades des denrées ou boissons, même non alcoolisées qui pourraient être incompatibles avec leur régime alimentaire. Les produits ainsi apportés à l'hôpital seraient rendus aux visiteurs.

Le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et saisir la Direction pour décider l'expulsion d'un visiteur ne se conformant pas au présent règlement intérieur, avec éventuellement une interdiction de visite ultérieure. Si nécessaire, le concours des forces de l'ordre peut être sollicité.

Enfin, la courtoisie réciproque s'impose aux patients, et aux visiteurs, tout comme aux personnels hospitaliers.

ARTICLE 63 – VISITEURS INTERDITS

L'accès au sein du CHSC de démarcheurs, représentants et enquêteurs est interdit, sauf accord du malade et autorisation spécifique de la Direction. Ceux-ci s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers. Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur ; les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

De même, l'accès à l'enceinte de l'hôpital est strictement interdit aux membres de mouvements sectaires. Le Directeur peut ordonner leur expulsion de l'établissement immédiatement, avec le concours des forces de l'ordre si nécessaire.

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein du CHSC doivent préalablement faire l'objet d'une demande exprimée auprès de la Direction Générale. Si cette demande est acceptée, elle fait l'objet d'une autorisation écrite transmise au demandeur. Les jours fériés et week-ends, ces professionnels doivent formuler leur demande auprès du Directeur de garde.

L'accès des professionnels de la presse auprès du patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal.

Les images (télévisées ou photographiques) concernant des patients ne peuvent être réalisées sans une autorisation écrite et signée par ces patients. L'établissement ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

Les repas

ARTICLE 64 – HORAIRES DES REPAS ET REPAS AUX ACCOMPAGNANTS

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires tenant compte des besoins des malades. Les plages horaires fixées sont les suivantes (sous réserve des nécessités d'ordre médical ou des contraintes exceptionnelles d'organisation) :

- Petit déjeuner : de 7h30 à 8h30
- Déjeuner : de 12h à 13h
- Dîner : à partir de 18h30

Les horaires sont susceptibles de modification en fonction des spécificités de certains services ou de certaines prises en charge de patients.

Les repas sont servis individuellement, au lit du malade ou dans des locaux de séjour.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux patients hospitalisés lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leurs repas à l'extérieur, et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas seront facturés au tarif accompagnant fixé annuellement par le Directeur de l'établissement. Les menus sont arrêtés par une commission des menus (comprenant, entre autres, une diététicienne) et sont communiqués à chaque service.

ARTICLE 65 – DETERMINATION DES MENUS

A l'arrivée du patient, le menu du jour lui est servi. Ensuite, les menus peuvent être adaptés à son âge, sa pathologie, ou ses préférences alimentaires.

Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

Le comportement

ARTICLE 66 – DEPLACEMENT DES HOSPITALISES DANS L'ÉTABLISSEMENT

Les patients peuvent se déplacer librement dans l'enceinte du CHSC, selon des modalités convenues avec les responsables de l'unité de soins, ceci dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service public hospitalier.

Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte du CHSC.

ARTICLE 67 – COMPORTEMENT DES HOSPITALISES ET DESORDRES CAUSES PAR LE PATIENT

La vie hospitalière requiert du malade le respect de certaines règles de vie en collectivité :

- Courtoisie et discrétion dans les relations avec le personnel et les autres patients, ainsi que le respect du calme et du repos d'autrui
- Souci du maintien en bon état des locaux et objets mis à disposition (des dégradations sciemment commises peuvent d'ailleurs, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner une décision de sortie du malade pour motif disciplinaire)

ARTICLE 68 – HYGIENE AU CHSC

Durant son séjour au CHSC, le patient respectera une stricte hygiène corporelle, ainsi que les recommandations reçues dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales ;

ARTICLE 69 – INTERDICTION DE FUMER AU CHSC

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux du site y compris les chambres d'hospitalisation ; une signalisation apparente rappelle cette interdiction.

Dispositions transversales

ARTICLE 70 – EFFETS PERSONNELS

Les malades doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles générales de la responsabilité hospitalière. En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à la disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation.

Les patients ne doivent conserver que les objets strictement nécessaires à leur séjour. Si, lors de leur admission, les personnes hospitalisées sont en possession de leur carte bancaire, carte d'identité, ou de tout autre objet de valeur, il leur est vivement recommandé de s'adresser aux personnels hospitaliers afin d'effectuer le dépôt de ces biens.

ARTICLE 71 – UTILISATION DU TELEPHONE PORTABLE

Les téléphones portables ainsi que tous les supports informatiques de communication sont à utiliser avec modération et discrétion.

L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol de téléphones portables et des supports informatiques.

ARTICLE 72 – TELEVISION ET RADIO

Des postes téléphoniques peuvent être mis à disposition par une société prestataire ; les frais de location sont facturés par cette dernière. Les téléviseurs personnels sont interdits dans les chambres afin d'éviter les accidents dont le patient devrait porter la responsabilité.

LES SORTIES

Les formalités de sortie

ARTICLE 73 – FORMALITES DE SORTIE

Lorsque l'état du malade ne requiert plus son maintien à l'hôpital, sa sortie est prononcée par le Directeur sur proposition du médecin avec mention dans le dossier administratif du patient

La sortie donne lieu à la remise au malade d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour ainsi qu'à la délivrance des certificats médicaux nécessaires à la justification de ses droits et des ordonnances indispensables à la continuation des soins. Le médecin traitant reçoit le plus tôt possible toutes informations propres à lui permettre de poursuivre la surveillance du malade s'il y a lieu.

ARTICLE 74 – QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

L'établissement, soucieux de la satisfaction des usagers, organise périodiquement des enquêtes de satisfaction.

ARTICLE 75 – TRANSPORT EN AMBULANCE

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire peut être établie par un médecin hospitalier. Lorsque le coût du transport est à la charge du malade, le malade dispose du libre choix de l'entreprise ; la liste complète des entreprises de transport sanitaire agréées du département est tenue à la disposition des malades.

Les modalités de sortie

ARTICLE 76 – AUTORISATION DE SORTIE PROVISOIRE

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé, de la longueur de leur séjour et sans préjudice de leur liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures. Ces autorisations sont données par le directeur, sur avis favorable du médecin responsable de la

structure médicale concernée. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'hôpital peut le porter sortant.

ARTICLE 77 – SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

Sauf cas particuliers, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Toutefois, si de l'avis du médecin elle est prématurée et présente un danger pour la santé, cette sortie sur décision du malade est assimilée à un refus de soins. Il est alors demandé au malade de signer une décharge consignant sa volonté de sortir contre avis médical malgré sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus ; en cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi.

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

ARTICLE 78 – SORTIE DISCIPLINAIRE

A l'exclusion des cas où l'état de santé ne le permettrait pas et lorsque le transfert dans un autre service n'est pas possible ou suffisant, la sortie d'un malade peut être prononcée par le Directeur, après avis médical, pour un manquement grave aux dispositions du règlement intérieur. Dans ces circonstances, la continuité des soins doit être assurée en organisant une alternative dont le malade est informé.

ARTICLE 79 – SORTIE A L'INSU DU SERVICE

Si un malade a quitté l'établissement sans prévenir, des recherches sont effectuées sur le périmètre hospitalier ; si ces recherches demeurent vaines et en accord avec la Direction, le commissariat de police ou le groupement de gendarmerie est prévenu si la situation l'exige sur le plan médical ou légal. Dans ces cas, la famille ou le représentant légal du malade sont également informés sans délai.

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

FIN DE VIE ET DECES

La survenue du décès

ARTICLE 80 – LA FIN DE VIE

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un malade en fin de vie qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches ; la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Le malade n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments de son état de santé et en conséquence d'un pronostic le concernant

Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein du CHSC et y demeurer en dehors des heures de visite.

La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation.

ARTICLE 81 – LE CONSTAT ET LE CERTIFICAT DE DECES

Le décès est constaté par un médecin réglementairement habilité dans le cadre de ses fonctions de diagnostic. Le "certificat de décès", établi sur un document officiel ou électroniquement (cert-DC) est transmis au bureau des admissions.

Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible dans le bureau des admissions. Copie en est transmise dans les 24 heures au bureau d'Etat civil de la mairie.

ARTICLE 82 – LA NOTIFICATION DU DECES

La famille ou les proches du malade sont prévenus du décès, médicalement constaté, dès que possible et par tous moyens. Cette information est communiquée à la famille ou aux proches du malade ou à la « personne à prévenir » désignée par ce dernier lors de son admission (cette personne ne correspond pas nécessairement à la « personne de confiance »).

La notification du décès est faite aux autres personnes ou autorités ayant en charge le patient se trouvant dans une situation spécifique en droit ou de fait et, pour les personnes non identifiées, aux services de police. Par ailleurs, l'autorité judiciaire est avisée immédiatement par le Directeur prévenu par le médecin en cas de signes ou d'indices de mort violente d'un malade hospitalisé.

Le service d'Etat Civil de la mairie est informé dans le délai légal et suivant les modalités définies, après mention du décès sur le registre des décès de l'hôpital.

ARTICLE 83 – TOILETTE MORTUAIRE – DEPOT DES OBJETS – CORPS

Lors du décès médicalement constaté, il est procédé à la toilette du défunt, conformément au protocole institutionnel.

En l'absence de dépôt, un inventaire contradictoire est réalisé en présence d'au moins un témoin, et si possible deux, et inscrit sur un registre spécial. Les objets sont ensuite remis au Trésor public.

Seul le Trésor Public peut restituer les biens déposés aux héritiers sur justification de leurs droits ; aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit ou aux proches du malade.

Le corps est maintenu dans la chambre dans l'attente de son transfert en chambre funéraire. Il ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et les règlements. Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès au défunt avant que le corps ne soit transféré en chambre funéraire.

ARTICLE 84 – LE LIBRE CHOIX DE L'OPERATEUR FUNERAIRE

Après reconnaissance du corps, la famille organise les funérailles en s'adressant directement à l'opérateur funéraire de son choix auquel elle règle également directement les frais de convoi et d'obsèques.

La liste des opérateurs funéraires (régies, entreprises, associations) habilités, par agrément préfectoral, à fournir ces prestations avec un guide des formalités à accomplir, sont remis à la famille.

Sont strictement interdites toutes pratiques d'offre de services ou de démarchage qui seraient effectuées au sein du site en prévision d'obsèques pour obtenir ou faire obtenir la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès.

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

ARTICLE 85 – TRANSPORT DU CORPS SANS MISE EN BIERE

Tout transport sans mise en bière préalable n'est possible que dans le délai de 48 heures à compter du décès. Au terme de ce délai, le corps doit impérativement pouvoir être amené à destination.

Néanmoins, ces délais peuvent être rallongés sur autorisation préfectorale, uniquement si un motif légitime le justifie.

Un tel transport sans mise en bière peut s'effectuer à destination du domicile du défunt ou d'un membre de sa famille mais également vers une chambre funéraire.

Dans ces diverses hypothèses, le transport de corps sans mise en bière d'un patient décédé dans l'établissement est subordonné à la présentation d'une demande écrite, ainsi que de la détention du certificat de décès, et l'accomplissement des formalités de déclaration de décès. Celui-ci doit être autorisé par le Directeur.

Ces formalités peuvent être réalisées par la famille du défunt elle-même, ou par les pompes funèbres directement si les proches du défunt leur ont conféré ce pouvoir.

Si le transport doit être effectué dans une commune autre que celle du décès, celui-ci doit faire l'objet d'une déclaration préalable de transport au Maire de la commune du lieu de dépôt initial.

En tout état de cause, ce transport est subordonné au certificat de décès. En effet, pour qu'il puisse avoir lieu, aucun obstacle ne doit avoir été signalé sur celui-ci par le médecin ayant examiné le corps.

ARTICLE 86 – TRANSPORT DU CORPS APRES MISE EN BIERE

Le corps du malade décédé est mis en bière au niveau de la chambre d'hospitalisation avant son transport pour inhumation ou incinération. La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil de Saint Calais, sur production du certificat médical attestant de l'absence d'obstacle médico-légal.

Quelle que ce soit la destination, le transport du corps en cercueil doit avoir été déclaré au Maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil. Lorsque le corps doit être transporté hors du territoire métropolitain, le transport du corps est soumis à l'autorisation du Préfet du département.

Ces dispositions s'appliquent aux enfants nés vivants et viables mais décédés avant la déclaration de naissance, c'est-à-dire aux enfants ayant fait l'objet simultanément d'un acte de naissance et d'un acte de décès.

Les actes corporels

ARTICLE 87 – L'AUTOPSIE SCIENTIFIQUE

L'autopsie scientifique a pour but de rechercher les causes du décès. Elle peut être demandée par les médecins en charge du patient décédé, ou ses ayants droits.

Les vérifications anatomiques doivent être réalisées dans les 48 heures suivant le décès, ou 72 heures si le décès est survenu un vendredi ou un week-end.

Avant tout examen du corps, le Directeur sollicite une vérification du registre national des refus de prélèvement, pour vérifier que de son vivant, la personne n'a pas manifesté d'opposition à l'autopsie.

Au CHSC, l'entourage du défunt est également consulté avant qu'il soit procédé à l'autopsie.

ARTICLE 88 – L'AUTOPSIE JUDICIAIRE

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le Directeur, prévenu par le médecin, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire. Les autopsies judiciaires sont réalisées au CHU d'ANGERS, conformément à une convention passée avec l'établissement.

Les dispositions propres à certaines catégories de patients

DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX SERVICES RELEVANT DU SECTEUR MEDICO-SOCIALES ET A L'UNITES DE SOINS LONGUE DUREE (USLD)

Préambule

L'ensemble des dispositions du présent paragraphe s'applique, le cas échéant, aux unités de soins de longue durée (USLD), aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), au Foyer de Vie et au Foyer d'Accueil Médicalisé.

Il est souligné d'une manière générale que les personnes accueillies dans ces unités doivent avoir accès à tous les soins qui leur sont nécessaires, être pleinement associées autant que possible aux décisions qui les concernent et ne subir aucune discrimination.

Les dispositions relatives aux droits des patients leur sont pleinement applicables.

Accueil et admission des résidents

ARTICLE 89 – LIBRE CHOIX DE LA PERSONNE

La personne en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjourne. L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord. Préalablement à son admission, le résident doit être, ainsi que sa famille, pleinement éclairé sur les modes de fonctionnement de l'établissement et l'organisation des soins et notamment sur :

- Les conditions de séjour, s'agissant du confort hôtelier, de la prise en charge des soins et de la dépendance
- Le montant des frais relatifs au séjour, aux soins, à la dépendance et à l'hébergement, ainsi que les modalités de leur prise en charge éventuelle par les organismes de protection sociale et les collectivités départementales.

Nul ne peut être admis au sein d'une unité de soins de longue durée sans une information et un dialogue préalables, effectués si nécessaire en liaison avec les institutions ou services sociaux dont relève la personne.

ARTICLE 90 – MODALITES DE L'ADMISSION

L'établissement remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, un contrat de séjour, auquel est annexée la Charte de la personne hospitalisée ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

Ce contrat précise les obligations respectives de chacun, notamment les prestations mises en œuvre, les conditions d'accueil et de séjour, et les conditions de participation financière. Y sont également stipulées les modalités de mise en place du projet de soins personnalisés, prévu dans les six mois qui suivent l'admission. Le contrat de séjour et l'engagement de payer sont signés par la personne accueillie dès son entrée dans la structure d'hébergement.

Un livret d'accueil, ainsi que le règlement intérieur, sont également remis aux résidents lors de leur admission.

ARTICLE 91 – ACCUEIL ET INFORMATION

L'accueil du résident est organisé de telle façon que son installation s'effectue dans de bonnes conditions. L'établissement veille à ce que celui-ci reçoive lors de son séjour toute l'aide qui lui est nécessaire pour tout ce qui touche à sa santé, son confort et sa vie quotidienne.

ARTICLE 92 – FRAIS DE SEJOUR

L'accueil des résidents d'EHPAD et en USLD est encadré par un CPOM, signé avec le Conseil départemental de la SARTHE et l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, l'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Par conséquent, les décisions tarifaires et budgétaires annuelles des autorités de tarification s'imposent à l'établissement comme à chacun des résidents qu'il héberge.

La facturation mensuelle aux résidents se décompose ainsi :

- Un tarif « hébergement » journalier multiplié par le nombre de journées facturables
- Un tarif « dépendance » journalier équivalent au niveau de dépendance 5 ou 6 (le plus bas), également multiplié par le nombre de journées facturables.

Les montants des tarifs « dépendance » et « hébergement » sont fixés annuellement par arrêté du Président du Conseil départemental de la SARTHE.

Les dotations du tarif « dépendance » varient selon le GIR (groupe iso-ressources), déterminant le montant de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie). Le GIR est calculé en fonction de l'état de dépendance de la personne accueillie.

L'état de dépendance du résident est déterminé lors de l'admission puis à l'issue de plusieurs semaines de séjour, par l'équipe accueillante.

Le forfait soins, calibré et notifié annuellement, est versé directement par l'Assurance Maladie à l'établissement. Il couvre les dépenses induites par la prise en charge médicale du résident.

Les résidents relevant de l'aide sociale doivent s'acquitter eux-mêmes de leurs frais de séjour dans la limite de 90% de leurs ressources après déduction des frais qui restent à leur charge (par exemple, frais liés au conjoint à domicile, responsabilité civile, etc...). 10% des revenus personnels restent donc à la disposition de la personne âgée, sans pouvoir être inférieurs à 1% du minimum social annuel.

ARTICLE 93 – INFORMATION DES PERSONNES SUR LES CONDITIONS FINANCIERE DE L'HEBERGEMENT

Les résidents ou leur famille doivent être informés, préalablement à l'admission, y compris en cas de transfert, des conditions financières d'hébergement au moyen d'une notice d'information qu'ils complètent et signent (engagement de payer).

L'annexe indicative, jointe au contrat de séjour, doit préciser de façon claire :

- Les conditions financières de prise en charge et notamment le fait que le tarif « hébergement », ainsi que le « talon modérateur dépendance » est toujours à la charge du résident, de sa famille, et/ou de l'aide sociale ; ce tarif n'est jamais pris en charge par l'assurance maladie ;
- Les délais autorisés et les conditions de facturation en cas d'absence du résident (pour une hospitalisation en court séjour ou pour des vacances)
- Les modalités d'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- Les modalités de l'intervention financière du Conseil départemental.

ARTICLE 94 – RESPECT DES PERSONNES

La dignité, l'intimité et la vie privée du résident doivent être strictement respectées. Celui-ci a le droit, à tout moment, d'exprimer ses choix et ses souhaits.

ARTICLE 95 – PROJETS DE SOINS ET PROJETS DE VIE

La direction du CHSC, les médecins, les soignants et le service social mettent en œuvre un projet de soins et un projet de vie destinés à favoriser la prise en charge globale de la personne accueillie, en respectant avant toute chose sa dignité et son bien-être.

L'élaboration du projet de soins est réalisée en équipe, en prenant en compte les besoins individuels du résident et notamment la prise en charge de la dépendance. Ce projet recherche le maintien ou l'amélioration du niveau d'autonomie durant l'hébergement et favorise les liens du résident avec ses proches et son environnement.

Le respect de la vie personnelle des résidents et de leur vie sociale au sein de l'établissement est un élément essentiel dans leur prise en charge. Leur participation doit être envisagée dans de multiples domaines.

Toutes les initiatives au sein du CHSC tendant à l'animation et à l'amélioration du cadre de vie sont favorisées, qu'elles émanent des résidents, des familles, des personnels ou de personnes bénévoles extérieures à l'établissement. Il en va de même pour les propositions tendant à faciliter l'exercice de leur liberté d'aller et de venir.

Ces initiatives sont coordonnées par l'établissement et s'articulent avec le projet de vie. Elles sont évaluées régulièrement.

L'établissement organise des rencontres régulières entre les résidents, les soignants et les différents intervenants du projet de vie.

ARTICLE 96 – RELATIONS AVEC LES FAMILLES

La coopération des familles à la qualité de la vie au sein des secteurs d'hébergement du CHSC est encouragée et facilitée. L'équipe soignante veille à ce que les proches ou les visiteurs se sentent partie prenante à la vie de l'unité, et aux activités d'animation auxquelles ils souhaitent participer.

Chaque fois que les conditions le permettent, les proches sont invités par l'équipe soignante à participer activement au soutien du résident : présence pendant la nuit (après une intervention chirurgicale ou en fin de vie), présence pendant les repas (en l'absence de soins spécifiques), autorisation de sortie.

ARTICLE 97 – PARTICIPATION DES RESIDENTS A LA VIE DES STRUCTURES

L'établissement met en place, pour faciliter l'expression et la participation des personnes accueillies, des rencontres régulières avec les personnes accueillies dans ces structures.

ARTICLE 98 – PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES

L'établissement est garant de la protection du résident en situation de vulnérabilité, que celle-ci résulte de l'altération de ses facultés mentales ou de toute autre forme de dépendance.

ARTICLE 99 – DEROULEMENT DES SOINS

Le déroulement et la nature des soins et des examens entrepris font, dans toute la mesure du possible, l'objet d'explications compréhensibles

ARTICLE 100 – LIBERTE DES RESIDENTS ET REGLES DE VIE

Pendant leur séjour, les personnes accueillies doivent bénéficier de toutes les libertés, notamment la liberté d'aller et venir, compatibles avec les exigences de la vie collective et de leur état cognitif.

Ils doivent respecter la tranquillité de leurs voisins et ne créer aucun désordre à l'intérieur de l'établissement.

ARTICLE 101 – BIENS, OBJETS DE VALEUR ET ESPECES

L'argent du résident est sa propriété personnelle et exclusive. La souplesse qui lui est laissée dans sa gestion constitue un aspect important de sa liberté et de son autonomie.

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

La Direction décline toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'effets personnels.

ARTICLE 102 – DOMICILE

Sous réserve des nécessités de service, la chambre du résident est, en toutes circonstances, considérée comme son domicile. A ce titre, cet espace tend à être protégé contre toute atteinte à l'intimité et à la vie privée.

Hors le cas de la mise sous tutelle, la personne âgée résidente à titre définitif peut obtenir sa domiciliation au CHSC.

ARTICLE 103 – ASSURANCE

Les résidents séjournant à titre définitif au sein du secteur d'hébergement sont tenus de souscrire une assurance responsabilité civile et dommages accidents. Le résident peut également souscrire une assurance portant sur les objets et biens personnels.

Si l'établissement en fait la demande, le résident doit être en mesure de présenter une attestation, justifiant de ce qu'il a souscrit une assurance.

ARTICLE 104 – PERSONNALISATION DES CHAMBRES

La personnalisation des chambres est possible pour les résidents : apports de petits mobiliers, tableaux, etc...

Un inventaire de ces objets personnels est effectué dès leur arrivée.

Toutefois, l'installation de ces objets ne doit pas engendrer de gêne à l'occasion des soins et de l'entretien de la chambre, ni constituer un obstacle à la sécurité des locaux. Elle doit notamment être conforme aux normes de sécurité anti-incendie.

ARTICLE 105 – NON-RESPECT DES STIPULATIONS CONTRACTUELLES

Les modalités de cessation du séjour à l'initiative du CHSC sont détaillées dans le contrat de séjour, passé avec chaque personne accueillie.

ARTICLE 106 – SORTIE VOLONTAIRE

Sauf en cas de nécessité médicale, les résidents peuvent mettre fin à leur séjour à tout moment, sur leur demande.

Le cas échéant, le résident ou sa famille adresse une lettre recommandée avec accusé de réception au Directeur de l'établissement, mentionnant un préavis d'un mois précédant son départ.

La spécificité de la résidence dans une structure médico-sociale

ARTICLE 107 – CONSEIL DE VIE SOCIALE

1. Attributions

Le Conseil de vie sociale donne son avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service. Il est notamment compétent sur :

- L'organisation intérieure et la vie quotidienne
- Les activités
- L'animation socioculturelle et les services thérapeutiques
- Les projets de travaux et d'équipement
- La nature et les prix des services rendus
- L'affectation et l'entretien des locaux collectifs
- L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants
- Les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

Les membres du Conseil de vie sociale sont élus pour une durée de trois ans, renouvelable.

Les avis et propositions du Conseil de vie sociale sont transmis, après adoption par ses membres, au Conseil de Surveillance de l'établissement. Le Conseil de vie sociale doit être informé de la suite donnée aux avis et propositions qu'il a émis.

2. Composition

Le Conseil de vie sociale comprend :

- Deux représentants des personnes accueillies et deux suppléants
- Deux représentants des familles et / ou des représentants légaux, et deux suppléants
- Un représentant des personnels et un suppléant, élus au sein du service
- Un représentant de la direction du CHSC.

Le règlement intérieur du CVS définit la composition.

3. Présidence

Le Président du CVS est élu parmi les représentants des personnes accueillies et parmi les familles et/ou les représentants légaux.

4. Organisation

Le Conseil de vie sociale se réunit trois fois par an, sur convocation du Président. Une réunion extraordinaire peut être programmée en cas de besoin.

Le Conseil de vie sociale est une instance collégiale et doit donc fonctionner démocratiquement. Les avis ou propositions qu'il pourrait adopter doivent être votés à la majorité relative des membres à voix délibérative.

LES FEMMES ENCEINTES

ARTICLE 108 – DECLARATION DE NAISSANCE

La déclaration de la naissance d'enfants au sein du CHSC est effectuée par un agent hospitalier chargé de l'état civil ou à leur demande par le père ou la mère, conformément aux dispositions du Code civil, dans les trois jours suivant l'accouchement.

Un document déclaratif est établi à cet effet par le directeur sur les indications données par la mère du nouveau-né.

Un exemplaire de ce document est porté par un agent du CHSC à la mairie de Saint Calais. Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par l'établissement.

ARTICLE 109 – DECLARATIONS SPECIFIQUES AUX ENFANTS DECEDES DANS LA PERIODE PERINATALE

Si l'enfant est né vivant et viable, mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant 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. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la 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.

La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès du CHSC.

En tout état de cause, un soutien psychologique est proposé à la famille

LES MINEURS

Prise en charge et en soins

ARTICLE 110 – PRISE EN CHARGE

Seuls les services spécialisés en pédiatrie sont habilités à recevoir uniquement des enfants d'un âge n'excédant pas 18 ans. En cas d'arrivée d'un patient de moins de 18 ans au service des urgences, si ce patient nécessite une prise en charge hospitalière, il est transféré aux urgences pédiatriques du CH du Mans.

En dehors du cas d'urgence, la prise en charge ne peut être prononcée en principe sans l'autorisation des père et mère, du tuteur ou de l'autorité judiciaire exerçant le droit de garde et le dossier d'admission doit comporter l'indication précise de la personne investie de l'autorité parentale et exerçant ce droit. Ces règles

ne s'appliquent toutefois pas lorsque, alors qu'un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder sa santé, le mineur s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale pour conserver le secret sur son état de santé, confirme cette opposition et est accompagné d'une personne majeure de son choix.

ARTICLE 111 – INFORMATION, CONSENTEMENT ET REFUS DE SOINS

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale.

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

Par dérogation aux dispositions relatives à l'autorité parentale, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur. Dans ce cas, le praticien peut passer outre le refus des parents et lui prodiguer les soins nécessaires.

Dans une telle situation, une mesure d'assistance éducative pourra être sollicitée par le Directeur.

ARTICLE 112 – LES SOINS PSYCHIATRIQUES DES MINEURS

Lorsqu'ils sont admis pour un motif psychiatrique, les mineurs sont transférés dans une unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation.

L'EPSM de la Sarthe et l'établissement collaborent pour la prise en charge des mineurs atteints de troubles mentaux.

ARTICLE 113 – COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Le mineur peut s'opposer à l'accès direct de ses parents à son dossier médical lorsqu'il est admis à leur insu.

LES MAJEURS PROTEGES

ARTICLE 114 – CONSENTEMENT AUX SOINS DU MAJEUR PROTEGE

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information sont exercés par le tuteur. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur faculté de discernement.

Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

Les personnels hospitaliers peuvent demander le jugement prenant la mesure de protection au majeur protégé ou au mandataire judiciaire à la protection des majeurs, à la famille du majeur ou au greffe du Tribunal d'Instance du lieu de résidence.

LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

ARTICLE 115 – LES MODALITES DE TRANSFERT EN CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE

Le transfert en EPSM des personnes atteintes de troubles mentaux peut intervenir selon trois modalités distinctes :

- L'hospitalisation libre
- L'hospitalisation sur demande d'un tiers
- L'hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat

L'hospitalisation libre des personnes atteintes de troubles mentaux, définie par le critère du consentement du patient aux soins est la règle et l'hospitalisation sous contrainte l'exception.

Les patients en hospitalisation libre peuvent choisir leur établissement de soins. Le transfert vers l'EPSM ne peut leur être imposé, sauf si l'hospitalisation est transformée en hospitalisation sous contrainte.

Les patients hospitalisés sous contrainte (hospitalisation sur demande d'un tiers ou hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat) ne peuvent être accueillis qu'au sein des structures médicales spécialement habilitées à cet effet. 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 par la mise en œuvre de leur traitement.

Dès leur admission et, par la suite, à leur demande les patients sont informés de leur situation juridique et de leurs droits. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée en raison de ses troubles mentaux est respectée.

L'hospitalisation peut enfin être demandée par un membre de la famille, ou, en cas de péril imminent, par un tiers, lorsque l'état mental du patient rend son consentement impossible.

LES PATHOLOGIES SOUS REGIME PARTICULIER

ARTICLE 116 – LES TOXICOMANES – SECRET DE L'HOSPITALISATION ET ADMISSION

Les toxicomanes qui se présentent spontanément au CHSC afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

En cas de violences de la part du patient ou de troubles causés par celui-ci au CHSC, l'établissement, l'agent, ou les autres patients peuvent porter plainte. Son anonymat ne dispense pas le toxicomane de répondre de ses actes.

LES MILITAIRES

ARTICLE 117 – ADMISSION

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire.

ARTICLE 118 – ADMISSION EN URGENCE

L'admission en urgence de militaires dans un hôpital civil est signalée aux autorités militaires.

LES GARDES A VUE

Les dispositions générales

ARTICLE 119 – CONVENTION POLICE / JUSTICE / SANTE

Une convention est élaborée entre l'établissement, le Ministère Public, et les services de Police et de Gendarmerie de la SARTHE.

Cette convention vise la création et le développement d'une collaboration professionnelle. Des protocoles de conduites à tenir sont définis conjointement.

L'ensemble des personnels hospitaliers est tenu de répondre aux réquisitions judiciaires et légales selon les protocoles établis dans le cadre de la convention.

ARTICLE 120 – LES GARDES A VUE

L'admission des personnes gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celle des patients relevant du droit commun.

Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du Procureur de la République ou du Juge d'Instruction.

Tout incident grave est signalé au Préfet et au Procureur de la République.

Les dispositions applicables au dossier patient

ARTICLE 121 – CONSERVATION DU DOSSIER MEDICAL

Lors de l'admission et durant le séjour du patient au CHSC, des informations nominatives le concernant sont recueillies par le personnel sur support informatique. Ces informations font la plupart du temps l'objet d'un traitement informatique.

L'hôpital applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité. L'établissement, en mettant en œuvre ces traitements, fait en sorte de ne porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

La Commission Nationale Informatique et Libertés est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales. L'établissement déclare à la CNIL tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données avant d'en réaliser l'exploitation. Pour tout renseignement à ce sujet, les patients peuvent s'adresser à la Direction.

ARTICLE 122 – TRAITEMENT INFORMATIQUE DES INFORMATIONS NOMINATIVES

Si ces données sont de caractère médical, leur traitement fait l'objet d'une simple déclaration à la CNIL. Si des données génétiques, ou des éléments relatifs à la participation du patient à des actions de recherche sont concernés, leur traitement est soumis à l'autorisation de la CNIL, conformément aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978.

L'établissement informe le patient que l'établissement recueille des informations nominatives le concernant sur support informatique, et que celles-ci pourront être utilisées dans le cadre de la continuité des soins ou de la recherche, ou encore de façon anonyme pour l'analyse de l'activité de l'établissement. L'information porte notamment sur les destinataires des informations au sein de l'établissement, et sur l'existence d'un droit d'accès pour chaque patient.

Cette information peut être réalisée de façon collective dans les services.

L'établissement veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations, et assure la confidentialité des données à caractère personnel.

Ainsi, les mesures prises sont adaptées à la nature des données et aux risques présentés par le traitement informatique de ces informations.

De plus, seules les personnes autorisées peuvent accéder aux données personnelles contenues dans un fichier.

ARTICLE 123 – LE DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION DES INFORMATIONS A CARACTERE PERSONNEL

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'interroger les services et organismes chargés de mettre en œuvre les traitements automatisés, afin de savoir si ceux-ci contiennent des informations nominatives la concernant.

Ce droit d'accès, lorsqu'il s'applique à des données à caractère personnel, peut se faire par la personne concernée, ou par l'intermédiaire du médecin désigné à cet effet.

Toute personne hospitalisée bénéficie d'un droit d'accès aux informations la concernant. Celui-ci peut permettre :

- Une rectification
- Un complément d'information

Le patient a également le droit de s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des données personnelles fassent l'objet d'un traitement par l'établissement hospitalier. Dans ce cas, il sera procédé à un échange entre celui-ci et le médecin qui le prend en charge, afin de l'alerter sur les conséquences de l'effacement de son dossier médical, et tenter de trouver des solutions alternatives.

Si, en dépit de cette démarche, l'effacement des données sur support informatique est décidé, l'établissement doit les conserver dans un fichier distinct sur support papier ou sur un support physique amovible, de nature à assurer la pérennité des informations médicales.

ARTICLE 124 – COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

S'agissant des informations concernant sa santé et détenues par l'établissement dans son dossier médical, le patient peut y accéder soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, et en obtenir communication dans les conditions fixées réglementairement. A cet effet, il doit adresser une demande écrite auprès de la Direction de l'établissement, accompagnée d'un justificatif d'identité.

L'établissement met à la disposition du patient les informations demandées dans un délai de 48 heures à 8 jours à compter de sa demande. Ce délai est porté à deux mois si les informations médicales sollicitées datent de plus de cinq ans.

La consultation peut s'effectuer sur place gratuitement.

Le médecin concerné peut recommander la présence d'une tierce personne, mais le patient peut refuser cet accompagnement.

Le dossier médical peut être communiqué, sous certaines conditions, à un expert dans le cadre d'une procédure judiciaire et peut être saisi par les autorités judiciaires en cas de procédure pénale.

ARTICLE 125 – COMMUNICATION DES RESULTATS D'EXAMENS ET D'ANALYSES DES PATIENTS HOSPITALISES ET DES CONSULTANTS EXTERNES

Les résultats d'examens et les clichés d'imagerie médicale font partie des éléments constitutifs du dossier médical.

Dans le respect des dispositions précédentes, l'accès aux clichés d'imagerie médicale effectués en consultation externe est remis au malade ou bien au médecin traitant lorsque le malade le demande.

Les résultats des prélèvements en vue d'analyses biologiques effectués dans les unités de soins, les blocs opératoires ou aux consultations sont toujours adressés directement aux médecins hospitaliers prescripteurs et jamais aux patients, conformément aux directives propres à ces disciplines. Les patients qui le souhaitent peuvent désigner tout médecin de leur choix qui recevra copie des résultats.

Chapitre 4 : Dispositions relatives aux personnels

Principes fondamentaux liés au respect du patient

ARTICLE 126 – IDENTIFICATION DES PERSONNELS

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles et sauf exceptions décidées par le Directeur Général, les personnels de l'hôpital en contact avec les hospitalisés ou le public portent des tenues fournies par l'établissement, adaptées à leurs emplois et secteurs d'activité et qui mettent en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur nom, leur prénom et leur qualité. Ces dispositions s'appliquent également aux personnels des associations visées dans le présent règlement

ARTICLE 127 – DEMANDE D'INFORMATIONS

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans le respect de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 et des règles énoncées dans les deux rubriques suivantes.

ARTICLE 128 – SECRET PROFESSIONNEL

Institué dans l'intérêt des malades, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous, en toutes circonstances, étant précisé que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

A cet égard, l'accès au dossier patient informatisé est limité et encadré, conformément à la charte d'accès et de l'usage du système d'information., présentée au Comité Social d'Etablissement - CSE- et annexée au présent règlement intérieur.

La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales. Néanmoins, le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements.

Le médecin, ainsi que tout personnel hospitalier, peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :

- Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- Pour porter à la connaissance du Procureur de la République et en accord avec la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises. S'il estime ne pas devoir révéler des sévices ou privations dont il a eu connaissance, le médecin doit alors prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement. En leur qualité d'autorité constituée, les cadres de direction et les médecins chefs de service - à charge pour ces derniers d'en informer le Directeur - doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

ARTICLE 129 – OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE

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

ARTICLE 130 – NEUTRALITE, NON-DISCRIMINATION, PRINCIPE DE LAÏCITE ET DEVOIR DE RESERVE

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il est tenu, dans l'exécution de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les malades, les visiteurs et les autres agents du site. La liberté de conscience et d'opinion est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leurs familles. Aucune marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique n'est acceptée sur les lieux de travail. Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

Bonne conduite professionnelle

Dispositions générales

ARTICLE 131 – ASSIDUITE ET PONCTUALITE

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier ; il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national, des accords locaux Gestion du Temps de Travail, et fixés par les tableaux de services.

ARTICLE 132 – TEMOIGNAGE EN JUSTICE

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

Si l'agent est simple témoin, il est reçu par la Direction pour préparer son audition, et un accompagnement psychologique via le réseau de prévention et d'accompagnement au travail lui est proposé.

Si l'agent est suspect, il pourra, en plus de cet accompagnement psychologique, bénéficier de la protection juridique, afin d'être assisté par un avocat.

En tout état de cause, l'agent peut demander à se faire accompagner lors de son audition par un membre de l'encadrement de son service, jusqu'à la porte de la salle d'audition.

Les week-ends et les jours fériés, l'agent pourra demander à se faire accompagner lors de son audition par le Directeur de garde.

ARTICLE 133 – L'EXIGENCE D'UNE TENUE CORRECTE

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

Le désintéressement

ARTICLE 134 – L'OBLIGATION DE DESINTERRESSEMENT

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec l'établissement qui soient de nature à compromettre leur indépendance. S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'Administration pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise. Sont applicables dans ce domaine des sanctions disciplinaires et pénales.

ARTICLE 135 – LE CUMUL D'EMPLOIS ET D'ACTIVITES

Les personnels du CHSC sont tenus de se consacrer à leur fonction. Par principe, il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Pour les personnels médicaux et non médicaux, il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions générales prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération.

Les personnels concernés doivent en informer au préalable la Direction.

ARTICLE 136 – L'INTERDICTION DE BENEFICIER D'AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPECES

Il est interdit aux personnels du CHSC de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale. Les agents ne peuvent accepter des malades ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service.

ARTICLE 137 – L'OBLIGATION DE DEPOSER LES BIENS CONFIES PAR LES MALADES OU TROUVES DANS L'ÉTABLISSEMENT

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui serait confiés exceptionnellement par des malades. Ces biens sont déposés sans délai auprès du régisseur du CHSC. Tout bien découvert ou trouvé au sein de l'hôpital est directement remis au cadre du service, pour en organiser la conservation et en assurer la restitution.

Le lien hiérarchique

ARTICLE 138 – EXECUTION DES INSTRUCTIONS RECUES

Tout agent du CHSC, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés. En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. L'application de cette disposition ne peut toutefois aller à l'encontre des règles d'exercice des professions réglementées.

ARTICLE 139 – INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service. De même, tout agent amené à conduire un véhicule de l'Administration dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut être l'objet.

ARTICLE 140 – LE BON USAGE DES BIENS DU CHSC

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

Les personnes du CHSC doivent se conformer aux règles de sécurité encadrant l'utilisation des ressources informatiques, prévues dans la charte d'utilisation du système d'information.

ARTICLE 141 – RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE

Les personnels de l'hôpital observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer. Les agents s'engagent à respecter les protocoles de l'établissement notamment celui sur la tenue. Une attention particulière est demandée pour l'hygiène des mains : les ongles doivent être propres, courts et sans vernis (même incolore), sans faux ongles, sans résine, sans french manucure. Il existe une tolérance « zéro bijou » aux mains et aux poignets, y compris montre et alliance. Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers ; ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leurs emplois (visite médicale périodique, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail). Un membre du personnel peut se retirer d'une situation de travail présentant à son avis un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent et d'en informer la Direction.

ARTICLE 142 – OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée. Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler. Il adresse son signalement selon les procédures définies et, en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'événement déclaré, à la Direction.

Les droits des personnels

ARTICLE 143 – LIBERTE D'EXPRESSION

La liberté d'expression est garantie au fonctionnaire, dans le respect d'une part de l'obligation de stricte neutralité, d'autre part du devoir de réserve.

ARTICLE 144 – DROIT SYNDICAL

Le droit syndical est garanti aux agents. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

ARTICLE 145 –DROIT DE GREVE

Les fonctionnaires exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent. Un service minimum doit toutefois pouvoir être assuré au sein du CHSC.

ARTICLE 146 – LA PROTECTION DES PERSONNELS DANS L'EXERCICE DE LEURS FONCTIONS

Lorsqu'un agent du CHSC est victime d'une agression ou d'un acte de violence grave sur son lieu de travail, il a droit à un soutien psychologique, social, et juridique. Une procédure « signalement d'évènement indésirable sur Blue Medi » est tenue à la disposition des professionnels victimes d'une agression.

Le professionnel victime d'une agression remplit une fiche « actes de violence ».

S'il le souhaite, l'agent pourra aller porter plainte, accompagné du responsable de la sécurité, et muni de la copie de la fiche de signalement et du certificat d'incapacité temporaire de travail s'il a été établi.

Si les faits se sont déroulés le week-end ou la nuit, l'agent en informe l'administrateur de garde, lequel peut l'accompagner au commissariat.

Pour tous les actes de procédure, le professionnel victime d'une agression se domicilie au CHSC.

Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le Directeur peut porter les faits à la connaissance du Procureur de la République dans la mesure où ces faits paraissent constituer un crime ou un délit.

Concernant les actes de violences, de discrimination et d'agissements sexistes et sexuels entre professionnels sur le lieu de travail, le professionnel victime ou témoin peut recourir au dispositif de signalement spécifique.

Conformément à la loi de modernisation sociale du 12 janvier 2002 réactualisée, et à la circulaire du 4 mars 2014 relative à la lutte contre le harcèlement dans la fonction publique, la carrière du fonctionnaire ne pourra en aucune manière être affectée en raison de la circonstance qu'il aura subi ou refusé de subir des agissements de toute personne qui, abusant de son autorité, aura tenté d'obtenir des faveurs à caractère sexuel. Les fonctionnaires qui auront relaté ou témoigné sont également protégés. Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.



CH Saint-Calais

Hôpital de proximité

Établissement membre de la direction
commune des centres hospitaliers du Lude,
du Mans, de Montval-sur-Loir, de Saint-Calais
et de l'EHPAD de Bessé-sur-Braye.

Établissement membre
du groupement hospitalier
de territoire de la Sarthe.



Groupement hospitalier de territoire de la Sarthe