

### PREMIÈRE PARTIE

#### Organisation du Centre Hospitalier Michel Perret

- Section 1** - Présentation générale de l'établissement
- Section 2** - Les instances dirigeantes
- Section 3** - Les instances consultatives ou représentatives
- Section 4** - Organisation des soins

### SECONDE PARTIE

#### Dispositions générales relatives à la sécurité

- Section 1** - Organisation de la sécurité des biens et des personnes
- Section 2** - Accès à l'hôpital
- Section 3** - Rapport avec les forces de l'ordre et la justice
- Section 4** - La prévention des risques incendie, techniques et informatiques
- Section 5** - Sécurité informatique
- Section 6** - Dispositions relatives aux prestations externes

### TROISIÈME PARTIE

#### Dispositions relatives à la Qualité et la sécurité des soins et la traçabilité de la prise en charge

- Section 1** - Démarches qualité et sécurité des soins
- Section 2** - Relations avec les usagers
- Section 3** - Dossier patient

### QUATRIÈME PARTIE

#### Dispositions relatives aux patients

- Section 1** - Accueil et admissions
- Section 2** - Droits et information du patient et de son entourage concernant les soins
- Section 3** - Consentement et refus des soins
- Section 4** - Dispositions particulières à l'unité de soins longue durée (USLD) et à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Section 5** - Conditions de séjour
- Section 6** - Accès des personnes extérieures au Centre Hospitalier Michel Perret
- Section 7** - Sortie des patients en fin de séjour
- Section 8** - Décès
- Section 9** - Dispositions financières

### CINQUIÈME PARTIE

#### Dispositions relatives au personnel

- Section 1** - Obligations à l'égard des usagers
- Section 2** - Droits du personnel
- Section 3** - Obligations à l'égard de l'administration employeur

### SIXIÈME PARTIE

#### Approbation, mise à disposition et mise à jour du règlement intérieur

- Section 1** - Approbation du règlement intérieur
- Section 2** - Mise à disposition du règlement intérieur
- Section 3** - Mise à jour du règlement intérieur

Le règlement intérieur du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** constitue un document d'information et de référence à l'intention des usagers et des personnels médicaux et non médicaux de l'établissement. Il fixe les règles afférentes à l'organisation générale de l'établissement et les dispositions qui y sont applicables au quotidien dans l'exercice de ses missions. Ces règles résultent soit des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, soit pour une large part, de la conduite générale de l'établissement assuré par le directeur d'établissement.

Arrêté par le Directeur, après concertation du Directoire et avis de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), du Comité Technique d'Etablissement (CTE) et du Conseil de surveillance (CS), le règlement intérieur est opposable aux usagers quel que soit le type de prise en charge et aux personnels de l'ensemble des services de l'établissement. Il fonde et encadre le pouvoir de police et de protection du chef d'établissement et des agents qui l'exercent sous sa délégation. Il organise l'accueil et la prise en charge des patients. Toutefois, les lois et règlements priment sur toute disposition du présent règlement qui leur deviendrait contraire.

Les lois du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé ont modifié en profondeur l'organisation et le fonctionnement des institutions sanitaires et en particulier ceux des établissements publics de santé.

Le présent règlement intérieur intègre les nouvelles règles d'organisation et de fonctionnement issues de ces importantes lois de modernisation de notre système de santé.



# PREMIERE PARTIE

## Organisation du Centre Hospitalier Michel Perret

### Section 1. Présentation générale de l'établissement

#### 1. Statut

Le Centre Hospitalier MICHEL PERRET est un établissement public de santé autonome régi par le code de la santé publique, dont le siège est à Tullins.

Il est implanté sur un site unique sis au 18 boulevard Michel Perret, 38210 TULLINS.

#### 2. Missions du Centre Hospitalier MICHEL PERRET

Le Centre Hospitalier Michel PERRET propose, au sein de **deux pôles d'activité**, une offre diversifiée de prises en charge en **hospitalisation complète** (189 lits), en **hospitalisation de jour** (15 places) ainsi que des **prises en charges spécifiques, des soins à domicile et une équipe mobile** (60 places).

- **Son pôle de soins de suite et de réadaptation constitue l'activité principale** autour de laquelle s'est développé le centre hospitalier qui est clairement identifié comme **le référent en rééducation fonctionnelle au sein de son territoire de santé du Voironnais**.
- **Son pôle gériatrique joue aussi un rôle majeur dans la prise en charge des personnes âgées** avec un ensemble d'activités complémentaires : hébergement permanent en USLD ou en EHPAD, accueil de jour, soins à domicile et accueil temporaire d'urgence et post hospitalisation.

#### 3. Principes de fonctionnement du service public hospitalier

L'établissement est régi par les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service public, de neutralité et de l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité et de sécurité liées à la réalisation de ses missions.

Les établissements assurant le service public hospitalier garantissent l'**égal accès de tous aux soins** qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les patients en ce qui concerne les soins.

Dans le champ sanitaire, le **Centre hospitalier MICHEL PERRET** est mono-activité en soins de suite polyvalents et dans 2 spécialités conformément aux autorisations d'activité dont il dispose, conformément au décret du 17 avril 2008 afférent aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation :

- Les affections de l'appareil locomoteur ;
- Les affections du système nerveux.

Les patients pris en charge sont principalement adressés par un établissement de court-séjour ou subsidiairement par un médecin libéral. L'établissement ne dispose pas d'un service d'urgence, n'assure pas d'admission non programmée ni de nuit.

La continuité du service public est assurée par une organisation médicale, soignante, technique et administrative adéquate. Plus précisément, il assure la **continuité des soins** des usagers pris en charge, par opposition à la permanence de soins (PDSES) qui implique un accueil 7jours/7, 24h/24h, éventuellement en urgence.

L'obligation de **neutralité** impose que le comportement de l'agent, les actes ou décisions qu'il prend, soient dictés uniquement par l'intérêt du service public, et non par des convictions personnelles.

Le service public hospitalier ne doit favoriser personne et n'afficher aucune opinion. Si les personnes travaillant au sein de la structure bénéficient comme tous les autres agents de la fonction publique, de la liberté de conscience qui interdit toute discrimination dans l'accès aux fonctions comme dans le déroulement de la carrière, le principe de neutralité fait obstacle à ce qu'ils disposent, du droit de manifester leurs opinions et croyances religieuses.

Au sein de l'institution hospitalière, toute personne est

tenue au respect du principe de neutralité et de laïcité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe :

- Les visites d'élus dans l'enceinte d'un site hospitalier ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- Les membres du Conseil de Surveillance ne peuvent effectuer des visites au sein d'un site que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de Surveillance ;
- Les signes d'appartenance religieuse - quelle qu'en soit la nature - ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés - individuellement ou collectivement - par les usagers, leurs familles, les visiteurs ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

Le principe de **mutabilité** implique que le **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** 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, et ce, dans l'intérêt général.

Les usagers et les professionnels de l'établissement doivent s'adapter à ces mutations ou réorganisations.

#### 4. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement est établi pour une **durée maximale de cinq ans**, il peut être révisé avant ce terme. Il constitue la feuille de route de l'établissement, en précisant les orientations et les projets pour cette période.

Le projet d'établissement comporte un **projet global de prise en charge des patients** en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social et de gestion efficiente des ressources, dont un schéma directeur des systèmes d'information.

Il doit être en corrélation avec les objectifs du projet

régional de santé, du schéma gérontologique, des

contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et doit également être partie prenante du projet médical partagé au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Alpes Dauphiné (voir infra).

Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature, dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

#### 5. Groupement Hospitalier de Territoire

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la mise en place obligatoire de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), à compter du 1er juillet 2016.

Le **Centre hospitalier MICHEL PERRET** est membre du **GHT Alpes Dauphiné** dont le **CHU de Grenoble (CHUGA)** est l'établissement support. Des établissements médicaux sociaux pourront également devenir membres (associés) ainsi que les établissements privés du bassin (partenaires).

Le GHT doit permettre de développer une **stratégie de groupe public** et la création d'un **projet médical partagé** doit permettre d'améliorer le service rendu au patient et l'accessibilité territoriale aux soins. La loi prévoit également la **gestion par l'établissement support de plusieurs activités** : formation continue, achats, services informatiques, Département de l'Information Médicale.

#### 6. Relation des associations avec le Centre Hospitalier MICHEL PERRET

L'association qui entend se domicilier à l'hôpital doit préalablement obtenir **l'accord de la direction**.

L'occupation de locaux hospitalier par une association est une occupation privative et précaire du domaine public qui nécessite l'accord de la direction. Cet accord doit être formalisé par la **signature d'une convention d'occupation du domaine public**.

La mise à disposition de moyens par l'hôpital doit être explicite et donner lieu à compensation financière pour les surcoûts occasionnés à l'établissement. La convention signée avec l'association précise les charges que l'hôpital peut accepter, à titre exceptionnel, de supporter et celles qui seront mises à la charge de l'association.

Les associations qui proposent, de façon bénévole,

des activités au bénéfice des usagers au sein de l'établissement doivent, préalablement à leurs interventions, inscrire les modalités dans la convention. Les intervenants doivent obligatoirement être formés, respecter les droits du patient et le présent règlement intérieur.

## 7. Utilisation de l'image du CENTRE HOSPITALIER MICHEL PERRET

L'établissement possède une identité visuelle qui lui est propre et spécifique : un logo et une base line (« avancer à vos côtés »).

Tous les documents institutionnels, d'information (courrier, plaquette, convocation), d'hospitalisation (compte-rendu par exemple), de communication (scientifique, médicale), d'identification (badge, enseigne) et tous les autres documents doivent les comporter.

## Section 2 - Les Instances dirigeantes

Le **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** est doté d'un conseil de surveillance et est dirigé par un Directeur assisté d'un directoire.

### 1. Le Directeur

Le **directeur** de l'établissement est nommé par le Centre National de Gestion (CNG). Il préside le directoire. Il dispose de pouvoirs propres pour conduire la politique générale de l'établissement qu'il représente dans tous les actes de la vie civile et au nom duquel il agit en justice et pour régler les affaires de l'établissement qui ne relèvent pas de la compétence du conseil de surveillance ou qui n'impliquent pas une concertation avec le directoire. Il met en œuvre les délibérations du conseil de surveillance.

Il est assisté par un **Directeur adjoint** nommé également par le CNG, responsable, sous son autorité, du fonctionnement d'un ou plusieurs pôles administratifs ou logistiques, ou référents d'un ou plusieurs pôles d'activité clinique ou médicotechnique, en application de l'organigramme de Direction. Des délégations de signature sont mises en œuvre.

## 2. Le Conseil de surveillance

Le Conseil de surveillance est composé de 9 membres délibératifs désignés pour une durée de cinq ans

- trois représentants des collectivités territoriales ;
- trois représentants des personnels médicaux et non médicaux de l'établissement ;
- trois personnalités qualifiées dont deux représentants des usagers.

D'autres membres assistent avec voix consultative aux réunions du conseil de surveillance, à savoir : un représentant de l'ARS, un représentant de la CPAM de l'Isère, ainsi que le Président de la Commission médicale d'établissement (CME).

La durée des fonctions de membre de conseil de surveillance est de cinq ans.

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

**Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur sa gestion.** Il délibère notamment sur le projet d'établissement, le compte financier et l'affectation des résultats ainsi que sur le rapport d'activité annuel. Il donne son avis sur la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins, de la gestion des risques et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Le conseil de surveillance se réunit périodiquement. Ses membres et les personnes qui assistent aux séances sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

### 1. Le Directoire

Le Directoire de l'établissement est composé de 7 membres appartenant au personnel de l'établissement soit :

- 3 membres de droit : le Directeur, qui en est le président, le président de la CME en qualité de vice-président, le cadre supérieur de santé, en sa qualité de président de la CSIRMT ;

- 4 membres nommés pour quatre ans par le directeur, dont au moins trois membres appartenant au personnel médical et pharmaceutique de l'établissement, ainsi que des invités permanents. Au **Centre Hospitalier MICHEL PERRET**, il a été décidé de nommer :

- Le médecin chef de pôle de MPR ;
- Le médecin chef de pôle de gériatrie ;
- Le pharmacien gérant ;
- Le directeur adjoint.

**Le Directoire a pour mission de conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.** Il approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. Cette instance doit se réunir régulièrement.

#### 4. Le Président de la Commission Médicale d'Établissement

Le Président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire, il est également membre à titre consultatif du conseil de surveillance de l'établissement.

Ces missions sont :

- D'élaborer, avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement ;
- De coordonner la politique médicale de l'établissement ;
- De proposer un nom de chef de pôle pour nomination par la direction générale ;
- De proposer, après avis du chef de pôle, les noms des responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles (lesquels sont ensuite nommés par la direction générale de l'établissement) ;
- De signer les contrats de pôle ;
- De déterminer l'ordre du jour de la CME.

### Section 3 - Les Instances consultatives ou représentatives

#### 1. La Commission Médicale d'Établissement (CME)

**La CME est l'organe représentatif des personnels médicaux, odontologiques et**

#### **pharmaceutiques de l'établissement.**

Elle a pour principales missions de :

- Se prononcer sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;
- Contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Elle est également obligatoirement informée sur un certain nombre de matières, notamment sur les prévisions de recettes et de dépenses, le compte financier et l'affectation des résultats, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et la politique de recrutement des emplois médicaux.

A l'initiative de son Président, la Commission peut également émettre des vœux ou des motions. Ceux-ci sont transmis au secrétariat de la Commission pour diffusion.

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission médicale d'établissement établit son règlement intérieur dans le respect de ses compétences. Elle y définit librement son organisation interne sous réserve des dispositions prévues par le code de la santé publique.

Dans le cadre de la liberté d'organisation, il a été décidé au **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** que l'ensemble des médecins participent à la CME. Il n'y a donc pas de règle particulière dans le présent document concernant les élections ou la répartition et le nombre de sièges à pourvoir. Lors de sa mise en place, la CME élit un Président et un Vice-Président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

La CME comporte également des Membres présents à titre consultatif :

- Le Président du Directoire et les membres de l'Equipe de Direction ;
- Le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-technique ;
- Le Représentant du Comité Technique d'Établissement ;
- Le Médecin responsable de l'Information Médicale ;
- Le Médecin responsable de l'Hygiène hospitalière et de la Gestion des Risques ;

Les sous-commissions en place dans l'établissement sont :

**Le Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles**

**(COMEDIMS)** assure la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient et le bon usage des produits de santé

**Le Comité de lutte contre les infections associées aux soins (CLIAS)** assure la surveillance et prévention des infections nosocomiales et associées aux soins. Elle diffuse une information relative aux bonnes pratiques en hygiène.

**Le Comité des anti-infectieux (CAI)** assure le bon usage des anti-infectieux et la prévention des résistances bactériennes aux antibiotiques

**Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD)** chargé de l'évaluation et de l'amélioration continue de la prise en charge de la douleur.

**Le Comité de liaison pour l'alimentation nutrition (CLAN)** chargé de la prévention et de la prise en charge des troubles nutritionnels.

**Plaies, escarres et cicatrisation** chargé de la prévention et prise en charge globale des plaies

**Ethique et fin de vie** assure l'accompagnement et respect du patient tout au long de son parcours de soins.

**Continuité des soins et urgences** est chargé de l'organisation globale de la prise en charge des situations urgentes et de la continuité des soins.

**Cellule de gestion des risques et de la qualité - Branche soins** : chargé du management de la qualité et de la sécurité des soins.

## 2. Le Comité technique d'établissement (CTE)

**Le CTE est une instance consultative qui vise à associer les personnels hospitaliers non médicaux à la gestion de l'établissement.**

Présidé par le directeur, il est composé de 12

membres (6 titulaires et 6 suppléants) représentant

les personnels non médicaux, élus par collèges sur des listes présentées par des organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement pour chaque catégorie de personnel et d'1 membre représentant les personnels médicaux désigné par la Commission médicale d'établissement.

Ce Comité est obligatoirement consulté, sur les projets de délibération soumis au conseil de surveillance, les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, la politique de formation du personnel, la politique sociale, la politique d'intéressement, la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques, les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Il est tenu informé notamment de la situation budgétaire et des effectifs de l'établissement.

## 3. La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

**La CSIRMT vise à associer les acteurs du soin à la conduite générale de la politique de l'établissement.** Elle est plus spécifiquement consultée sur l'organisation générale des soins, la formation et l'évaluation des professionnels, ainsi que sur les thématiques de qualité et de sécurité des soins.

Cette commission, présidée par le cadre supérieur de santé, faisant fonction de directeur des soins, membre de l'équipe de direction et du directoire, est composée au maximum de 30 membres représentant les différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Elle est consultée pour avis sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le cadre supérieur de santé, sur l'organisation générale des soins et l'accompagnement des malades, la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers, la recherche et l'innovation dans le domaine des soins ainsi que sur la politique de développement

professionnel continu. Elle est informée notamment sur le rapport annuel d'activité de l'établissement.

#### **4. Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)**

**Sa mission est de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'établissement, à l'amélioration des conditions de travail ainsi qu'à l'analyse et à la prévention des risques professionnels.**

Outre le directeur de l'établissement ou son représentant qui en assure la présidence, le CHSCT comprend des représentants du personnel non médical et des représentants du personnel médical. Peuvent assister à titre consultatif aux séances du CHSCT, les médecins du travail, le médecin responsable de l'unité d'hygiène hospitalière, l'inspecteur du travail, le représentant du service de prévention de la C.P.A.M.

#### **5. Les Commissions Administratives Paritaires locales (C.A.P.L)**

**Les C.A.P.L locales sont compétentes sur toutes questions individuelles concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation des agents publics de l'établissement.**

Les corps des fonctionnaires des catégories A, B et C relèvent de 9 commissions administratives paritaires distinctes :

- CAP n°1 : Personnels techniques de catégorie A
- CAP n°2 : Personnels paramédicaux de catégorie A
- CAP n°3 : Personnels administratifs de catégorie A
- CAP n°4 : Personnels techniques de catégorie B
- CAP n°5 : Personnels paramédicaux de catégorie B
- CAP n°6 : Personnels administratifs de catégorie B
- CAP n°7 : Personnels techniques de catégorie C
- CAP n°8 : Personnels paramédicaux de catégorie C
- CAP n°9 : Personnels administratifs de

#### **catégorie C**

Pour disposer d'un CAP locales, il faut disposer d'au moins 4 agents relevant de la CAP au moment des élections professionnelles. A défaut, il n'y a pas de CAP en interne, les dossiers relevant de la CAP étant traité par la CAP départementale correspondante, gérée par le CHU de Grenoble.

Elles comprennent en nombre égal :

- des représentants de l'administration désignés par le conseil de surveillance ;
- des représentants du personnel élus lors des élections professionnelles.

Un membre de la C.A.P. locale ne peut se prononcer sur le cas d'un autre agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur son propre cas.

Les C.A.P. se réunissent au moins deux fois par an. La présidence est assurée par le président du conseil de surveillance ou son représentant.

Le Secrétariat est assuré par la Direction des ressources humaines. Lors de chaque séance, un représentant du personnel est désigné par la C.A.P. en son sein pour exercer les fonctions de secrétaire adjoint.

Les séances des C.A.P. ne sont pas publiques. Seuls les représentants peuvent s'y rendre : les représentants suppléants peuvent être présents mais ne peuvent prendre part aux débats, sauf le cas où ils interviennent en remplacement d'un titulaire.

Les CAP émettent leur avis à la majorité des suffrages exprimés, sauf lorsqu'elles siègent en matière disciplinaire. Dans ce dernier cas, leur avis est requis à la majorité des membres présents.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée ou, à la demande d'au moins un tiers des membres présents, à bulletin secret. En cas de partage des voix, l'avis est réputé avoir été donné.

Lorsque l'autorité investie du pouvoir de nomination prend une décision différente de l'avis émise par la commission, elle informe dans le délai d'un mois la commission des motifs qui l'ont conduite à ne pas suivre l'avis.

Le fonctionnement des C.A.P. locales fait l'objet d'un règlement intérieur.

## Section 4 - Organisation des soins

### 6. Les pôles médicaux

**Le Directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME et concertation avec le directoire.**

Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes et unités fonctionnelles médicales.

Au sein de l'établissement, les pôles médicaux sont les suivants :

- **Pôle Médecine Physique et réadaptation;**
- **Pôle gériatrique.**

Les praticiens chefs des pôles d'activité clinique et médico-technique sont nommés par le Directeur général, pour une durée de quatre ans renouvelable sur proposition du Président de la CME.

Le praticien chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique générale de l'établissement au sein du pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle, dans le cadre des missions et responsabilités prévues par le contrat de pôle.

Il organise une concertation interne associant toutes les catégories de personnels et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle (dialogue social de pôle). La constitution de conseils de pôle n'est plus obligatoire, toutefois la tenue de réunions régulières de pôle est recommandée.

**Le chef de pôle** est assisté par un ou plusieurs cadre de santé et travaille en collaboration avec le directeur référent de son pôle pour la gestion du pôle. Pour le pôle MPR, le directeur référent est le directeur de l'établissement ; pour le pôle gériatrique, le directeur référent est le directeur adjoint.

Le chef de pôle a pour principale missions :

- La coordination médicale des différentes UF ;
- La continuité des soins, les tableaux de service et la validation des absences dont les congés formation ;
- L'animation d'équipe en coordination avec le/

les cadres de santé ;

- L'élaboration d'un **projet de pôle** qui définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent en lien avec les orientations stratégiques du projet d'établissement. Il tient compte de la présente procédure dans les délégations et des profils de postes. Ce document est signé par le Directeur et contresigné par le président de la CME ;
- Le suivi de la réalisation des objectifs d'activité du service, l'optimisation des recettes et leur valorisation, la justification des dépenses et les éventuelles modifications de pratiques médicales ;
- La participation aux projets pluriannuels d'investissements et à la définition des priorités en matière d'équipements médicaux
- L'organisation des réunions du conseil de service avec l'ensemble des personnels, et la rédaction-diffusion du compte-rendu.
- La gestion des ressources humaines médicales en collaboration le PCME et la direction
- Le recrutement du personnel médical relève du président de CME en collaboration avec le chef de pôle concerné ;

**Un bureau de pôle** est constitué pour préparer les décisions du pôle. Le bureau du pôle est présidé par le chef du pôle et comprend le cadre supérieur de santé et le directeur référent.

**Il existe des fonctions supports** qui regroupent : la PUI, l'unité de production alimentaire, les services administratifs, informatiques, techniques et sécurité qui sont directement rattachées à la Direction de l'établissement.

### 7. Missions de l'unité fonctionnelle médicale

Les unités fonctionnelles (UF) sont classiquement définies comme les structures élémentaires de prise en charge des patients par une équipe soignante ou médicotechnique, et sont identifiées par leur fonction et leur organisation.



Elles sont rattachées directement à un pôle. Elles ne peuvent relever que d'un seul pôle. Les praticiens peuvent être affectés à plusieurs UF, mais il y a toujours une UF principale de rattachement qui sert au logiciel de paye de l'établissement.

Au niveau de l'activité, l'UF doit correspondre à des activités homogènes (ne pas regrouper par exemple des activités d'hospitalisation et de soins externes ou encore d'exploration fonctionnelle au sein d'une même UF). Une UF est créée lorsqu'il y a une activité significative identifiée, et une gestion de recettes et dépenses (code activité code dépense).

Les unités fonctionnelles de la structure sont les suivantes :

#### - **Pôle Médecine Physique et réadaptation**

- unité fonctionnelle Camille Claudel (HC)
- unité fonctionnelle Marie Laurencin (HC)
- unité fonctionnelle Paul Cézanne (HC)
- unité fonctionnelle Salvator Dali (HDJ)
- unité fonctionnelle Equipe Mobile
- unités fonctionnelles du plateau technique de rééducation

#### - **Pôle gériatrique**

- unité fonctionnelle - Unité de Soins de Longue Durée
- unité fonctionnelle EHPAD 1 - Primevère
- unité fonctionnelle EHPAD 2 - Dahlia
- unité fonctionnelle EHPAD 3 - Tulipe
- unité fonctionnelle Hébergement Temporaire
- unité fonctionnelle accueil de jour pour psycho gériatrique
- unité fonctionnelle SSIAD

Le responsable d'UF est en charge de :

- L'organisation de l'activité dans son unité en collaboration avec le cadre de santé ;
- L'organisation et la coordination médicale de l'unité ;
- La déclinaison dans son unité des orientations stratégiques du projet d'établissement, du projet de pôle ;
- L'animation d'équipe en coordination avec le cadre de santé ;
- La validation des tableaux médicaux de service prévisionnels nominatifs et la validation des tableaux réalisés des médecins au responsable de pôle ;

- La gestion du matériel biomédical de son unité et l'anticipation des besoins en fonction des évolutions techniques ;
- La gestion de la logistique et des locaux ;
- Le suivi de la réalisation des objectifs d'activité de l'UF, l'optimisation des recettes et leur valorisation (Codage, exhaustivité), le suivi des indicateurs d'activité, de productivité et de qualité de l'UF, la justification des dépenses et les éventuelles modifications de pratiques de service ;
- L'organisation des vigilances, la lutte contre les événements indésirables et leur signalement au système d'information et de vigilance de l'établissement ;
- La représentation de son unité dans les structures transversales de l'établissement.

## **8. Continuité des soins**

**L'organisation médicale a pour objet d'assurer la continuité des soins du Centre Hospitalier MICHEL PERRET tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, pour la sécurité des patients hospitalisés dans l'établissement.**

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical de l'hôpital assurent :

- Les **services quotidiens** du lundi au vendredi (examens et soins des patients hospitalisés dans les services de soins)
- La participation au **service des astreintes** pendant chaque nuit (de 18h30 à 8h30), les samedis, dimanches et jours fériés. Les astreintes médicales ont pour objet d'assurer la sécurité des patients hospitalisés. Il peut donner lieu à déplacement. Le directeur établit les tableaux mensuels nominatifs de participation au service d'astreinte.
- Les **remplacements** imposés par les congés.

Tous les praticiens de l'établissement sont tenus, par ailleurs, de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents conformément au plan d'organisation du système hospitalier en cas d'afflux massif de victimes ou de crise exceptionnelle (Plan Blanc).

L'astreinte est dite soit «opérationnelle» (déplacements fréquents du médecin à l'hôpital), soit

de  
sécurité (déplacements moins importants). Les dérogations prévues par la loi sont mises en œuvre au cas par cas : les praticiens peuvent ainsi être dispensés par le directeur de leur participation à la continuité des soins :

- A compter de l'âge de 60 ans, pour les praticiens qui présentent une demande motivée et sous réserve des nécessités de service sur avis du responsable de la structure et de la commission de la permanence des soins ;
- Pour les femmes enceintes à compter du troisième mois de grossesse, et pour les praticiens dont l'état de santé le nécessite après avis du médecin du travail.

**Le praticien d'astreinte doit être joignable en permanence (à son domicile ou dans un lieu de son choix), répondre à tout appel et pouvoir intervenir dans les plus brefs délais.**

Chaque médecin s'engage à donner ses coordonnées téléphoniques et à signaler tout changement dans les 24h à la Direction des ressources humaines et à son chef de service.

Chaque médecin veille à signaler tout changement d'astreinte.

Le praticien effectuant une astreinte doit transmettre au directeur l'heure des appels reçus, les heures d'arrivée et de départ de l'hôpital, renseigner les motifs de déplacement.

La Direction et la sous commission de la CME veillent à l'application des textes législatifs et réglementaires en vigueur et à la bonne organisation de la continuité des soins. La sous commission de la CME valide les tableaux de service et les tableaux d'astreintes.

## SECONDE PARTIE

### Dispositions générales relatives à la sécurité

#### Section 1. Organisation de la sécurité des biens et des personnes

##### 1. Principes généraux

**Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers.** Elles visent aussi à assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les dommages d'origine intentionnelle. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le Directeur Général et ses adjoints par délégation édictent ces règles par voie de notes de service et recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Par délégation du directeur général, le directeur adjoint veille au respect de ces règles de bon fonctionnement et coordonnent leur mise en œuvre dans les pôles et sites dont ils ont la responsabilité.

**Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'établissement hospitalier, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général.** Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

**Les règles de sécurité en vigueur dans l'établissement sont opposables aux organismes hébergés en son sein.**

##### 2. Personnels de sécurité générale

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur, dans le strict respect de la loi, du règlement de sécurité contre l'incendie et des textes pris pour leur application.

**Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas suivants :**

- Obligation d'assistance aux personnes en péril (art.223-6 du code pénal) ;
- Crime ou délit flagrant (art.53 du code de procédure pénale : « est qualifié de crime ou délit flagrant, le crime ou le délit qui se commet actuellement ou qui vient de se commettre. Il y a aussi crime ou délit flagrant lorsque, dans un temps très voisin de l'action, la personne soupçonnée est poursuivie par la clameur publique, ou est trouvée en possession d'objets ou présente des traces ou indices, laissant penser qu'elle a participé au crime ou au délit. ») ;
- Légitime défense ou état de nécessité (art.122-5, 122-6 et 122-7 du code pénal) Ils ne peuvent intervenir dans les services qu'à la demande du directeur de l'établissement ou des personnels responsables de ces structures.  
Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. Ils sont habilités à effectuer des contrôles visuels des effets personnels des usagers (manteaux, sacs, valises...).

Ils peuvent retenir aux sorties de l'hôpital, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit.

Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne

peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un vestiaire ou à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

Ils ne peuvent intervenir sur la voie publique qu'en qualité de simple citoyen et non au titre de leurs fonctions, sauf en cas d'urgence signalée à proximité immédiate de l'hôpital pour la fugue d'une personne mineure, âgée ou vulnérable.

Ils doivent être identifiables par le port d'une tenue adaptée et spécifique ou d'un badge nominatif.

**Le Directeur de l'établissement a désigné un référent sécurité qui, sous sa responsabilité, assure le respect des règles de sécurité. En son absence, le référent est le responsable des services techniques.**

### 3. Matériels de sécurité générale

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique s'intègre dans le **plan de sécurisation** élaboré par le directeur adjoint, le responsable sécurité.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret professionnel, la dignité et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Le système de vidéosurveillance fait l'objet d'une autorisation préfectorale d'installation.

Les images du système de vidéosurveillance sont reportées au poste central de sécurité et sont consultables selon les modalités prévues par les procédures en vigueur dans l'établissement.

**L'accès aux bâtiments est sous contrôle d'accès électronique** ; les matériels utilisés sont les badges professionnels.

Les autorisations d'accès dépendent essentiellement des UF d'affectation des agents ; ces autorisations sont établies par les services des ressources humaines et le service informatique après validation du directeur ou de son représentant.

Le dispositif de contrôle d'accès physique par clé est organisé selon un organigramme validé par le directeur ou son représentant. Toute personne détentrice d'un de ces dispositifs en est responsable.

Les badges et clés sont remis nominativement et leur perte engendre un remplacement à titre payant. Le coût de cette prestation est défini annuellement par décision du directeur. En cas de fin de contrat, d'arrêt ou d'absence de longue durée, le badge et la clé doivent être remis au bureau des ressources humaines dans un délai maximum d'une semaine. A défaut, le matériel sera facturé.

### 4. Circonstances exceptionnelles

**En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements, proportionnelles à la gravité de la situation.**

Le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) en est informé pour 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.

Il peut faire interdire l'accès du site hospitalier à toute personne qui refuserait de se prêter aux mesures générales éventuellement décidées (ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules ...) ou de justifier le motif de son accès sur le site.

**En cas de péril grave et imminent** pour l'établissement, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur peut, sans 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 (plan bleu ou plan blanc) ou de sécurité générale** (tel que Vigipirate), le directeur prend toutes les mesures

indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

## Section 2. Accès à l'hôpital

### 1. Dispositions générales

**L'accès dans l'enceinte de l'établissement est réservé à ses usagers (patients, résidents, accompagnants, visiteurs) et à ceux qui y sont appelés en raison de leur activité professionnelle.**

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par la direction. Il 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 particulière.

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques encourus et des responsabilités éventuelles.

Sauf besoins ou autorisations spéciales, **il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux** (cela ne fait pas obstacle à ce que des chiens accompagnant des personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité soient autorisés au sein de l'hôpital, conformément aux dispositions de la loi du 27 janvier 1993 ), **alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi**. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière et sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

### 2. Circulation et stationnement des véhicules

**Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'hôpital constituent des dépendances du domaine public de l'établissement que le directeur crée, aménage**

**et organise conformément aux besoins du service public.**

Ces voies de desserte et les parcs automobiles, ouverts seulement aux personnels et aux usagers de l'hôpital, ne peuvent être regardés comme des voies ouvertes à la circulation publique et échappent à la compétence des autorités chargées de la police et de la circulation.

La vitesse de circulation sur le domaine hospitalier est limitée à **10 km/h**.

Sous réserve de l'application du code de la route pour ses dispositions législatives qui ne limitent pas leur champ d'application aux voies ouvertes à la circulation publique, **le directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public** notamment l'accueil des patients et des résidents, sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (services de secours et de force de l'ordre).

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (notamment camions et caravanes). Il peut faire procéder dans certaines circonstances à la régulation des flux d'accès à l'hôpital, notamment pour garantir l'accessibilité des véhicules d'urgence et de secours. Des voies d'accès sont réservées à certaines catégories de personnel justifiant d'une identification particulière de leur véhicule.

En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations, interdire ou réserver des lieux.

Le directeur peut, en cas de besoin, faire appel aux autorités de gendarmerie ou de police.

#### Livraisons

Les chauffeurs livreurs doivent obligatoirement réaliser leur livraisons en accédant à la zone logistique regroupant les différents quais (PUI, unité de production alimentaire, magasin général) après liaison

interphonie, avec l'agent responsable (personnel de la pharmacie, les services techniques, magasinier ou son remplaçant).

### **Signalisation et sanctions**

Les facilités de circulation et de stationnement qui sont consenties aux automobilistes (quelque soit le statut ou la fonction de l'usager) ne constituent pas un droit et que, sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'hôpital, elles ne sauraient donc engager la responsabilité de l'hôpital, notamment en cas de vols ou dommages.

De plus :

- Une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peut entraîner un retrait des autorisations accordées ;
- Un stationnement gênant peut – s'il compromet le fonctionnement du service public hospitalier ou créé une gêne à l'accessibilité des véhicules de secours – entraîner un déplacement d'office du véhicule ;
- Un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut non seulement entraîner de graves dégâts au véhicule, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à leur encontre ;
- Un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière dans les conditions prévues par la loi (loi n° 70-1301 du 31 décembre 1970, décret 72-822 du 06 septembre 1972, avis du Conseil d'Etat du 28 avril 1977, circulaire n° 2719 du 17 novembre 1977 du ministère de la santé et article 122-7 code pénal).

### **Règles générales de stationnement**

Le stationnement de longue durée est prohibé.

Le titulaire de chaque autorisation de stationnement doit s'assurer que son véhicule est en bon état et qu'il ne met pas en danger la sécurité sur les parkings. Il est interdit de stationner un véhicule en panne ou accidenté dans les parkings ainsi qu'un véhicule non autorisé à circuler sur la voie publique.

Le Directeur de l'établissement est habilité à prendre toutes les mesures nécessaires visant à l'évacuation d'un véhicule, notamment pour des raisons de sécurité ou de gêne au fonctionnement de l'hôpital. Il peut également restreindre ou interdire l'accès des parkings pour les mêmes motifs.

### **Dispositions communes aux zones de stationnement réservées aux professionnels**

Toute personne disposant d'un badge professionnel peut accéder à une place non nominative dans la limite des places disponibles et matérialisées sur le parking réservé au personnel. L'accès se fait directement à l'aide du badge professionnel.

Le stationnement sur ces zones est gratuit. Les badges sont strictement personnels. Ils ne peuvent être utilisés que pendant les heures de présence dans l'établissement et n'autorisent pas un stationnement prolongé du véhicule.

Cette mise à disposition de places de stationnement n'entraîne aucune obligation de garde ou de surveillance.

Toute personne disposant d'une badge professionnel et contrevenant aux règles de circulation et de stationnement sur l'établissement ou aux injonctions du personnel de sécurité peut faire l'objet d'un retrait de son badge ou d'éventuelles poursuites disciplinaires.

### **Parc de stationnement public**

Ce parc de stationnement est ouvert de manière prioritaire aux usagers et visiteurs de l'hôpital (consultants, visiteurs, représentants ou visiteurs médicaux, prestataires de services). Il est accessible à titre gratuit, dans la limite des places disponibles et matérialisées au sol.

Le personnel de l'établissement peut s'y garer secondairement, si aucune place sur le parking personnel ou sur la voirie n'est disponible.

## **3. Interdiction de se dissimuler le visage**

**Les tenues destinées à dissimuler le visage rendant impossible l'identification de la**

personne sont interdites dans l'enceinte de la structure.

## Section 3. Rapports avec les forces de l'ordre et la justice

### 1. Rapports avec l'autorité judiciaire

Le Directeur informe sans délai le procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité sont préservés.

### 2. Rapports avec les autorités de police

Seul la direction a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. A ce titre, il a été établi un protocole d'accord qui définit les relations entre l'établissement et les forces de l'ordre territorialement compétents ainsi que la Justice.

Des représentants de la gendarmerie sont désignés en qualité de correspondants, ils sont au quotidien les interlocuteurs privilégiés pour les problèmes de sécurité en étroite collaboration avec le responsable sécurité de l'établissement.

***Pour toute situation de danger ou de trouble avéré, le numéro à contacter est le 17.***

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur général est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirés de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des usagers et d'une manière générale des droits du citoyen.

Afin de permettre une intervention rapide en cas d'infraction grave, de problème de sécurité constaté ou de situation à risque, les services de la gendarmerie doivent être informés dans les meilleurs

délais et dans le respect des textes en vigueur relatifs au secret professionnel notamment en cas :

- D'accueil d'un patient blessé par arme à feu, arme blanche ou présentant une blessure suspecte ;
- De découverte de produits stupéfiants ;
- De découverte fortuite d'une arme.

### 3. Audition de patients

Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), le patient peut être entendu par les autorités des forces de l'ordre avec ou sans son consentement.

Dans le cas d'une enquête préliminaire, le directeur général ou son représentant doit obtenir l'accord de la personne concernée pour recevoir le représentant de l'autorité de gendarmerie.

Dans le cas d'une enquête de flagrance, le directeur général ou son représentant doit vérifier qu'un juge d'instruction a été saisi des faits et demander la communication du numéro de procédure. Ces vérifications faites, la direction doit répondre aux demandes de la gendarmerie. Seul le médecin peut juger de la compatibilité de l'état du patient avec un interrogatoire.

L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit.

Cet avis est immédiatement transmis au directeur.

### 4. Le témoignage en justice ou auprès des forces de l'ordre (auditions du personnel)

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

### 5. Dépôt de plainte par les agents ou par l'établissement

Les professionnels de santé victimes d'infractions dans le cadre de leur activité professionnelle peuvent porter plainte en leur nom personnel.

Afin de faciliter leurs démarches, les plaintes sont recueillies dans le cadre d'un rendez-vous fixé à la brigade de gendarmerie dans les meilleurs délais. Si la situation le requiert expressément, les plaintes peuvent être exceptionnellement recueillies sur place. La victime se verra proposer sa domiciliation à l'hôpital voire à la gendarmerie.

Un dépôt de plainte peut être effectué par la Direction en appui de la plainte de l'agent, après examen des faits et des rapports produits et en fonction de la gravité des violences et/ou pour les éventuels dommages subis par l'établissement.

## **6. Protection fonctionnelle (droit à une protection dans l'exercice de ses fonctions)**

L'établissement assure en cas d'atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, de violences, d'agissements constitutifs de harcèlement, de menaces, d'injures, de diffamations ou d'outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Elle se traduit notamment par la prise en charge de tout ou partie des honoraires d'avocat et l'application du régime des accidents du travail s'il y a lieu.

Il existe un dispositif d'enregistrement de ces événements via le logiciel BLUMEDI (fiche de signalement des événements indésirables, comportant des items spécifiques sur la violence et les agressions), ce dispositif doit être utilisé.

## **Section 4. La prévention des risques incendie, techniques et informatiques**

### **1. Sécurité incendie et registre de sécurité**

**Le Centre Hospitalier MICHEL PERRET est assujéti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public.**

L'hôpital doit tenir un registre de sécurité sur lequel sont portés des renseignements indispensables à la bonne marche du service de sécurité. **Ce registre assure la traçabilité des actions de prévention et de protection effectuées sur les installations**

### **techniques.**

Ces renseignements sont communiqués à la commission de sécurité compétente à l'occasion de ses visites au sein de l'hôpital. L'hôpital affiche de manière très apparente, dans chaque dégagement desservant un groupe de locaux ou dans certains cas le local lui-même, des **consignes générales ou particulières** destinées à tous les occupants ou au seul personnel.

### **2. Le permis feu**

Aucun travail par point chaud (soudage, découpage, meulage) ne doit être exécuté par le personnel, interne ou externe, sans au préalable avoir établi un « permis feu » avec le responsable sécurité ou, en son absence, avec le responsable des services techniques.

### **3. Sécurité des biens et des personnes**

**L'établissement met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour assurer la sécurité des personnes et des biens.**

Les locaux sont équipés de **détecteurs automatiques d'incendie** et des dispositifs de sécurité appropriés. Des exercices et formations contre l'incendie sont régulièrement organisés par l'établissement en partenariat avec le SDIS 38.

Tout personnel ayant connaissance d'un événement de nature à mettre en péril les personnes et/ou les biens est tenu de donner l'alarme et, sous réserve de ne pas mettre en danger sa personne, de prendre les premières mesures qui s'imposent.

**L'alerte est donnée aux sapeurs pompiers (112 ou 18) si le feu est avéré**, auprès du responsable sécurité, l'astreinte de direction et techniques. L'ensemble du personnel, équipier de première intervention, doit être régulièrement formé au maniement des moyens de secours et connaître les consignes de sécurité en vigueur dans l'établissement.



## 4. Sécurité technique de fonctionnement

Le Directeur de l'hôpital organise la **garde technique** afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'hôpital.

Afin d'assurer la continuité de fonctionnement des équipements techniques sensibles, l'établissement contracte des **contrats de maintenance** avec des entreprises de service, parfois assortis de clauses d'astreintes et de délais d'intervention fixés.

## 5. Organisation vigipirate – prévention risque attentat

L'établissement a élaboré un **plan de sécurisation de l'établissement** (PSE), qui définit la politique et l'organisation globale pour sécuriser l'établissement.

C'est un document structurant la sécurité et la sûreté de l'établissement, qui se veut avant tout un document pratique permettant de s'interroger sur des scénarios, tant quotidiens qu'exceptionnels, et d'élaborer des réponses adaptées à la nature des activités et de l'environnement, tout en prenant en compte les enjeux de l'établissement et les ressources qu'il peut y consacrer. Dès lors, l'analyse des risques doit tenir compte de l'appréciation des impacts, de l'analyse des vulnérabilités propres à l'établissement et de la probabilité de survenue d'événements malveillants.

Il définit des mesures concrètes :

- De gestion des accès ;
- De gestion des ascenseurs ;
- De surveillance des accès et abords de l'établissement
  - Réseau de caméras de surveillance
  - Règles concernant la présence physique à l'accueil central et à l'accueil Chartreuse

Ce plan est révisé annuellement et s'adapte aux consignes reçues par les autorités administratives compétentes.

## Section 5. Sécurité informatique

L'établissement s'est doté d'une politique sécurité des systèmes d'information (PGSSI). Celle-ci prévoit notamment l'application d'une Charte d'accès et d'usage des systèmes d'information, annexée au présent règlement.

**Le Système d'Information** est un socle essentiel dans la réalisation des missions de soins de la structure.

Un ensemble d'informations sensibles, et en particulier **des données de santé et autres données personnelles**, circule dans le Système d'Information de l'établissement et aussi vers d'autres structures. L'hôpital est en lien avec de nombreux partenaires dans le cadre des prises en charge des patients, et doit apporter le niveau de protection nécessaire sur toutes ces informations sensibles.

**Les mesures de sécurité** proposées intègrent les exigences réglementaires, notamment en matière d'hébergement et diffusion de données de santé (certification HAS, Hôpital Numérique, CNIL, Règlement Général sur La Protection des Données...).

### Un objectif de la sécurité de l'information est d'être en conformité avec la réglementation.

Au travers de la démarche de management de la sécurité de l'information, l'établissement :

- assure le respect des droits des patients, et des professionnels ;
- améliore la qualité de service du Système d'Information ;
- contribue à l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels, au service de la qualité et de la performance.

### Chaque professionnel doit respecter les consignes en matière de sécurité de l'information.

Pour cela, différentes chartes, et en particulier la Charte régissant l'usage des technologies de l'information et de communication au sein du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET**, doivent être respectées par les professionnels et les mesures de sécurité appliquées par tous.

## Section 6. Dispositions relatives aux prestataires externes

**Les interventions des entreprises extérieures sont effectuées selon les modalités définies dans les autorisations de travaux et les plans de préventions élaborés par les services techniques et le responsable sécurité de l'établissement ou convenus avec le prestataire.**

Lors d'interventions de prestataires externes dans le cadre de travaux ou de maintenance, **des clés ou des badges** sont fournis par les services techniques le jour de l'intervention. Avant toutes interventions, **un plan de prévention** est élaboré avec les prestataires externes.

Le personnel des prestataires externes doit être reconnaissable par tout moyen : tenue permettant d'identifier l'entreprise, badge...

Il doit signaler son arrivée et son départ auprès de l'interlocuteur compétent au sein du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET**.

De plus, les prestataires s'engagent à signer un registre au début et à la fin des interventions dans lequel ils précisent la nature des travaux réalisés.

Le personnel des prestataires externes doit se conformer aux dispositions du présent règlement intérieur que l'entreprise est réputée avoir acceptée au moment de la conclusion du contrat.

## TROISIÈME PARTIE

### Dispositions relatives à la Qualité

### et de la sécurité des soins et traçabilité de la prise en charge

#### Section 1. Démarche Qualité et sécurité des soins

##### 1. La politique qualité

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient est le sens même de l'engagement du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET**. Elle est pilotée par la Direction et le président de la Commission Médicale d'Etablissement. Leur volonté est que cette démarche soit partagée par tous, à tous les niveaux et dans tous les secteurs.

**La politique qualité et sécurité des soins a pour objectifs de:**

- **Diffuser et développer une véritable culture de la qualité et de la sécurité des soins partagée par tous les acteurs**
- **Sécuriser les processus à risque dans la prise en charge du patient/résident à toutes les étapes de son parcours**
- **Faire de l'amélioration de la prise en charge, de la satisfaction et de l'implication des usagers, une occupation permanente**
- **Garantir les bonnes pratiques de gestion documentaire**
- **Optimiser les organisations afin d'améliorer la réactivité**

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes.

##### 2. Les sous-commissions de la CME

Chacune d'entre elle est pilotée par un Praticien membre de la CME et assure le suivi d'une thématique en lien avec la qualité et la sécurité des soins. Chaque sous-commission produit annuellement un programme d'action et un rapport

d'activité. Ces documents sont validés en CME.

Les sous-commissions en place dans l'établissement sont :

- **Le Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)** assure la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient et le bon usage des produits de santé
- **Le Comité de lutte contre les infections associées aux soins (CLIAS)** assure la surveillance et prévention des infections nosocomiales et associées aux soins. Elle diffuse une information relative aux bonnes pratiques en hygiène.
- **Le Comité des anti-infectieux (CAI)** assure le bon usage des anti-infectieux et la prévention des résistances bactériennes aux antibiotiques
- **Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD)** chargé de l'évaluation et de l'amélioration continue de la prise en charge de la douleur.
- **Le Comité de liaison pour l'alimentation nutrition (CLAN)** chargé de la prévention et de la prise en charge des troubles nutritionnels.
- **Plaies, escarres et cicatrisation** chargé de la prévention et prise en charge globale des plaies
- **Ethique et fin de vie** assure l'accompagnement et respect du patient tout au long de son parcours de soins.
- **Continuité des soins et urgences** est chargé de l'organisation globale de la prise en charge des situations urgentes et de la continuité des soins.

##### 3. Les évaluations internes et externes

###### a) La certification

La certification des établissements de santé est une **procédure d'évaluation externe, conduite par la Haute Autorité de santé (HAS), visant à évaluer la qualité et la sécurité des soins et de la prise en charge des patients**. Elle concerne le secteur sanitaire. Elle constitue un temps fort dans la démarche permanente de recherche de la qualité.

Son objectif principal est d'évaluer la dynamique

d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins portée par l'établissement, et les modalités de sa mise en œuvre. Cette dynamique se concrétise au travers d'un compte qualité qui intègre un programme d'actions.

Cette procédure de certification a lieu tous les 6 ans. A l'issue de la visite de certification, la HAS prononce une décision graduée de certification ou non.

#### b) L'évaluation interne et externe des établissements médico-sociaux

Depuis la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, les services médico-sociaux sont tenus de procéder à des évaluations régulières de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Au centre hospitalier Michel Perret, les évaluations vont concerner les services d'EHPAD, d'accueil de jour, de SSIAD et d'équipe mobile.

- **L'évaluation interne** est conduite en associant les professionnels, les personnes accompagnées et les partenaires. Elle a pour objet l'analyse des processus mis en œuvre, l'organisation et les effets des actions pour les personnes accompagnées.
- **L'évaluation externe** est conduite par un organisme externe habilité par la HAS.

Les évaluations concernant les différents services médico-sociaux sont les suivantes :

	Evaluation interne	Evaluation externe
EHPAD	2028	2030
ADJ	2028	2030
SSIAD	2021	2023
Equipe mobile	2022	2025

Les champs des évaluations externe et interne sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses de l'établissement et de pouvoir apprécier l'évolution et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

Les évaluations internes et externes font l'objet d'un **rapport transmis aux autorités** ayant délivré l'autorisation de fonctionnement (ARS, conseil départemental).

#### c) Autres évaluations internes

L'établissement est engagé dans une évaluation permanente de ses pratiques par la réalisation régulière d'EPP, audits et enquêtes auprès des usagers ou des professionnels.

### 4. La gestion des risques

**La gestion des risques consiste à prendre en charge les risques identifiés à priori et à posteriori dans l'établissement et concernant le patient, les infrastructures, l'environnement, le personnel, les visiteurs.**

#### a) Le traitement des événements indésirables

Tout professionnel témoin ou acteur d'un événement indésirable ou risque d'incident est tenu de le signaler par le biais de la fiche de signalement d'un événement indésirable.

Le signalement peut relever de quatre situations :

- Un accident: événement ayant entraîné un dommage matériel / corporel.
- Un incident: événement dangereux n'ayant pas entraîné directement de dommage.
- Une situation à risque: état susceptible de générer un accident ou incident.
- Un dysfonctionnement récurrent: événement répétitif qui perturbe le bon fonctionnement du service.

Le signalement de l'événement indésirable est réalisé sur le logiciel de gestion des risques «BlueMédi». Il permet, aux responsables de service, à la cellule qualité et gestion des risques et à la Direction, d'identifier des risques d'incidents ou incidents avérés et de mettre en place des actions préventives ou correctives, afin d'éviter le risque de survenue. Ces mesures sont tracées au moyen de "fiches-actions". Ainsi chaque déclarant, peut consulter les actions entreprises suite à son signalement.

Selon la gravité et les conséquences, l'événement indésirable peut faire l'objet d'une analyse approfondie des causes (CREX, RMM, RETEX...).

De plus, les déclarations d'événements indésirables sont analysées mensuellement en Copil Qualité et Gestion des risques.

Les événements indésirables graves (à l'origine d'un décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap) font l'objet d'une déclaration obligatoire à l'ARS par la Direction.

## b) Les vigilances

Chaque vigilance a un référent nommé par la Direction.

### Les vigilances sanitaires

Une vigilance est un processus continu de recueil, d'enregistrement, d'évaluation d'incidents ou d'effets indésirables susceptibles d'être liés à l'utilisation des produits de santé, les vigilances des produits de santé permettent :

- d'exercer une surveillance de la sécurité d'emploi et du bon usage
- de diminuer et de prévenir les risques liés à leur utilisation par la mise en place d'actions correctives ou préventives.

Elles concourent toutes au même objectif : assurer la sécurité du produit pour renforcer la sécurité des personnes (patient, donneur ou utilisateur).

Les principales vigilances sont :

- **La pharmacovigilance.** Elle a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments. C'est l'ensemble des techniques d'identification, d'évaluation et de prévention du risque d'effet indésirable des médicaments mis sur le marché à titre onéreux ou gratuit. La pharmacovigilance contribue largement au bon usage du médicament. En effet, ayant pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable, elle permet de mieux évaluer le rapport bénéfice / risque, stratégie à la base de toute prescription médicamenteuse.

- **La matériovigilance.** Elle intervient dans la surveillance des incidents pouvant résulter de l'utilisation de dispositifs médicaux après leur mise sur le marché. Le dispositif médical

est tout instrument, appareil, équipement matière, produit (sauf produits issus du corps humain) ou tout article seul ou en association, destiné par le fabricant à être utilisé par l'homme à des fins médicales.

### L'infectiovigilance

C'est l'ensemble des mesures spécifiques de surveillance, de prévention et de maîtrise des infections nosocomiales. Elle comporte : l'organisation de l'établissement au regard de la lutte contre les infections nosocomiales. le signalement aux autorités sanitaires de certaines infections nosocomiales.

### L'identito-vigilance

Elle a pour but d'anticiper les erreurs et risques d'erreur qui pourraient découler d'une mauvaise identification des patients. Pour fiabiliser cette identification, des consignes ont été rédigées en vue de rendre homogènes les pratiques. L'objectif : une identification fiable et unique du patient dans le système d'information car une erreur d'identité peut entraîner des conséquences graves sur la prise en charge médicale. Cette unicité doit permettre de garantir la qualité, la continuité des soins et la sécurité des échanges.

## 6. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Chaque année, le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins est actualisé en fonction des résultats de différentes évaluations (satisfaction des patients, signalement d'événements indésirables, plaintes et réclamations, contrôles externes...). Il s'appuie également sur les différents outils déployés dans le cadre de la démarche qualité (audits, suivis d'indicateurs, démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, méthode du « patient traceur »...).

Ce programme est porté par chaque pilote des sous commission de la CME et processus de l'établissement.

Il est validé par la CME et présenté aux différentes instances de l'établissement.

## Section 2. Relations avec les usagers

### 1. La Commission Des Usagers (CDU)

**La Commission des Usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients.**

La Commission facilite les démarches des usagers et veille à ce que les personnes puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Elle participe également à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est également consultée sur l'organisation des parcours de soins et sur la politique de qualité et de sécurité des soins élaborée par la commission médicale d'établissement. Elle peut se saisir de toute question relative à la politique de qualité et de sécurité.

Elle est composée comme suit :

- Du représentant légal de l'établissement
- De deux représentants des usagers, et leurs suppléants
- D'un médiateur médical et de son suppléant
- D'un médiateur non médical et de son suppléant
- Du responsable qualité, chargé des relations avec les usagers
- D'un membre de la CME
- D'un membre de la CSIRMT

### 2. Le médiateur

Les médiateurs peuvent être saisis directement par le directeur général ou par le plaignant.

Les médiateurs de la Commission Des Usagers sont : un médiateur médecin et un médiateur non médecin, ainsi que leurs suppléants, désignés par le directeur général pour une durée de 3 ans.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le

médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

### 3. La personne chargée des relations avec les usagers

Le Centre Hospitalier Michel Perret dispose d'un Chargé des relations avec les usagers, **mission assurée par le responsable qualité de l'établissement**. Ce responsable, qui ne peut en aucun cas être le médiateur, est **la personne vers laquelle convergent toutes les manifestations de satisfaction ou d'insatisfaction des usagers** et qui travaille en collaboration étroite avec la Direction de l'établissement et la Direction des soins.

Ensemble, ils approfondissent les causes et définissent les actions correctives à apporter. Le plaignant pourra être mis en relation avec le Chargé des relations avec les usagers, alors même que les médiateurs ne seront pas saisis. Ainsi, la majorité des différends pourront se résoudre aisément, sans qu'il soit nécessaire d'instruire l'affaire dans le cadre de la Commission des Usagers.

### 4. CONSEIL DE VIE SOCIALE de l'EHPAD

Le Conseil de vie sociale (CVS) **donne son avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement des services médico-sociaux**. 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'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants ;

Les membres du CVS sont élus pour une durée de trois ans, renouvelable.

Les avis et propositions du CVS sont transmis au Conseil de Surveillance. Il doit être informé de la suite donnée aux avis et propositions qu'il a émis.

Le Conseil de vie sociale comprend :

- Des représentants des résidents ;
- Des représentants des familles ;
- Deux représentants des associations ;
- Des agents qualités ;
- Une cadre de santé ;
- Le responsable qualité ;
- Un représentant de la direction de l'établissement .

Le Président du CVS est élu parmi les représentants des résidents et parmi les familles.

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.

## 5. Gestion des plaintes et des réclamations

**Toute personne accueillie au sein de l'établissement** (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) **peut faire part de ses observations ou de ses réclamations au directeur**. Toute réclamation écrite d'un usager est donc transmise à la responsable qualité/gestion des risques.

Si une réponse immédiate ne peut être apportée, un accusé de réception de la réclamation sera adressé à l'usager dans les 8 jours ouvrables suivants la réception de la réclamation.

Le Directeur choisit :

- Soit de répondre directement au patient par courrier ou à l'occasion d'une rencontre après avoir sollicité le responsable du pôle concerné qui apporte des explications et des éléments de réponses. Le patient pouvant par la suite saisir le médiateur.
- Soit de saisir lui-même directement le Médiateur afin que celui-ci puisse rencontrer le patient. Le compte rendu de cette rencontre sera transmis aux membres de la CDU. Une rencontre pourra si besoin être organisée entre le patient et les membres de la CDU.

L'ensemble des plaintes et réclamations adressées

à l'établissement est centralisé par le responsable

qualité ou le secrétariat de direction au niveau du registre des réclamations et sont à la disposition des membres de la CDU.

Chaque réclamation est ensuite examinée en CDU qui se réunit au minimum une fois tous les trimestres. La CDU pourra émettre des recommandations qui seront intégrées dans le Plan d'Amélioration de la Qualité de l'établissement.

## Section 3. Dossier patient

### 1. Contenu du dossier

Un dossier médical est constitué pour chaque personne hospitalisée. Ce dossier comprend le cas échéant les informations recueillies lors des consultations externes.

**Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit.**

Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.

Il comprend des informations administratives et des informations des professionnels de santé, figurant dans le dossier dit « médical » qui comprend également le dossier de soins infirmiers, ainsi que le dossier des soins dispensés par les autres professionnels de santé.

### 2. Informatisation du dossier patient

Le dossier patient est largement informatisé. Il permet à la fois d'assurer la confidentialité des informations recueillies ainsi que la rapidité et la sécurité d'accès aux données qui le constituent.

Un **plan d'habilitation** définit les règles et les



modalités (niveaux) d'accès aux données pour chaque catégorie de professionnels.

Une **charte des Systèmes d'Information** a été adoptée pour définir les droits et les obligations des utilisateurs à des dossiers informatisés.

### 3. Droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel

Les patients sont informés que les données les concernant sont informatisées. Ils ont le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement informatisés de ces données. Dans ce cas, une traçabilité papier doit être mise en œuvre.

Les usagers disposent d'un droit d'accès aux informations les concernant, traitées par informatique, ainsi qu'un droit de rectification de ces données nominatives.

### 4. Conservation du dossier médical

Les dossiers sont conservés, conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières, pendant 20 ans à partir de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation externe dans l'établissement.

Le Directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein du OH Michel Perret.

### 5. Communication du dossier médical au patient

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

Ne sont pas communicables, les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès

de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

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.

Un délai de réflexion de 48 h étant laissé au patient, il doit accéder aux informations au plus tard dans les 8 jours suivant la réception de sa demande (délai porté à deux mois à compter de leur constitution pour les informations médicales de plus de cinq ans). L'identité du demandeur doit être contrôlée.

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.

En cas de demande de remise ou d'envoi de copies, les frais à la charge du demandeur correspondent au coût de reproduction, et d'expédition s'il y a lieu, fixé par décision du directeur.

### 6. Communication du dossier médical à des tiers

#### 6.1 Dans le cadre d'une sortie 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.

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

#### 6.2 En cas de transfert du patient vers un autre site hospitalier

Une copie du dossier médical est transmise sur demande à l'établissement concerné pour assurer la continuité de la prise en charge.



### 6.3 En cas de procédure judiciaire

Le dossier médical peut être communiqué, sous certaines conditions, à un médecin-expert dans le cadre d'une procédure judiciaire et peut être saisi par les autorités judiciaires en cas de procédure pénale. En effet, dans ces cadres d'enquête, les saisies s'imposent à la personne ou à l'établissement concerné (y compris aux médecins), sans que puisse être opposé le secret médical. Ce dernier doit néanmoins prendre toute mesure utile pour que soit assuré le respect du secret professionnel. En outre, la saisie doit être réalisée en présence du médecin chef de service, du directeur ou de son représentant et d'un membre du conseil de l'ordre des médecins. La saisie portant sur l'original du dossier médical, une copie doit être effectuée et conservée par le(s) service (s) concerné (s)

### 6.4 En cas de décès

Sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, le dossier médical peut être consulté par :

- l'ayant droit de la personne décédée ;
- son concubin ;
- ou son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité.

Lors de sa demande écrite, la personne doit motiver sa demande en expliquant la motivation de la demande :

- connaître les causes de la mort ;
- défendre la mémoire du défunt ;
- ou faire valoir un droit.

Seules peuvent être transmises les informations répondant à ces motivations.

### 6.5 En cas de personnes mineures

Les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de son consentement. Le médecin fait mention écrite de cette opposition.



## QUATRIÈME PARTIE

### Dispositions relatives aux patients

#### Section 1. Accueil et admissions

##### 1. Libre choix du patient

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

Ce libre choix doit être concilié avec les règles de fonctionnement de l'hôpital : organisation des équipes médicales, gestion du service, coordination des soins. En effet, le patient hospitalisé est pris en charge par une équipe médicale sous la responsabilité du responsable d'unité fonctionnelle et du chef de pôle.

**La prise en charge des usagers est assurée par des équipes médico-soignantes mixtes. L'hôpital ne peut vous garantir à tout moment le choix de l'intervenant.**

Ce droit ne permet pas aux usagers ou à d'autres personnes de s'opposer à ce qu'un professionnel de santé procède à un acte en raison de leurs convictions. Il ne leur permet pas non plus d'exiger une adaptation du fonctionnement de l'hôpital pour ces mêmes motifs.

Le droit au libre choix des usagers s'exerce au sein de la spécialité médicale dont relève le patient, sous réserve de l'existence de plusieurs services et dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital.

##### 2. Décision d'admission dans une unité de soins de suite ou de réadaptation

Quelque soit le mode d'admission du patient/résident, celle-ci est prononcée par le directeur, sur avis du médecin chef de pôle ou son remplaçant.

L'admission peut être aussi prononcée par le

Directeur de l'Agence Régionale de Santé en cas de refus de l'établissement de recevoir un patient remplissant les conditions alors qu'un lit est disponible à cet effet.

L'admission au sein d'une unité de soins de suite ou de réadaptation est prononcée pour les patients qui requièrent des soins continus dans un but de réadaptation. Il existe deux modes d'admission par l'intermédiaire de la plateforme *ViaTRAJECTOIRE®* :

- **Admission directe:** à la demande d'un médecin traitant ou à la suite d'une consultation d'un médecin de l'établissement. Dans le cadre du parcours de soins, l'admission est normalement 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.
- **L'admission à la suite d'un transfert :** Tout patient, hospitalisé au sein d'un établissement de court séjour, qui a dépassé la phase aiguë de l'affection pour laquelle il était soigné mais qui présente néanmoins des séquelles relevant d'un traitement médical ou de rééducation, peut être transféré vers une unité de soins de suite et de réadaptation de l'hôpital Michel Perret, sur demande du service de court séjour.

Les unités de soins de suite et de réadaptation ne reçoivent les patients que temporairement. Lorsque le médecin refuse une prolongation de séjour d'un patient, la sortie de l'intéressé est prononcée.

En cas de déclenchement d'un plan d'urgence (plan blanc), l'établissement se réserve le droit de suspendre toutes les admissions ou de les prononcer selon une procédure dérogatoire afin de pouvoir se mobiliser pour l'accueil des victimes en lien avec la crise sanitaire ou le désengorgement des établissements de 1ère ligne.

Dans le cadre d'un plan d'urgence, l'établissement peut écourter le séjour du patient sous réserve de l'évaluation médicale du médecin du service avec l'accord du chef de pôle.

### 3. Formalités d'admission

Toute admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation (procédure ENR ADM 002 Pièces à fournir pour admission en HC).

Les documents à fournir sont :

- Carte d'identité ou passeport ;
- Carte vitale actualisée ou attestation de sécurité sociale en cours de validité, Attestation d'AME (Aide Médicale d'Etat), de CMU (Couverture Médicale Universelle) ;
- Carte actualisée de mutuelle ou assurance complémentaire ou attestation CMUC (Couverture Médicale Universelle Complémentaire), carte ou attestation d'assurance privée ;

Dans les cas particuliers suivants, doivent être fournis :

- La carte de séjour pour les patients n'ayant pas la nationalité française ;
- Le carnet de soins gratuits pour les patients bénéficiaires de l'article L.115 du code des pensions ;
- Le volet de déclaration remis par l'employeur pour les accidentés du travail ;
- Les coordonnées de votre affectation militaire.

Si le patient n'est pas assuré social ou ne peut justifier de l'ouverture de ses droits, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation.

### 4. Secret de l'admission

#### a) Confidentialité de l'admission (discrétion demandée par le patient)

A l'exception des mineurs qui sont par principe soumis à l'autorité parentale et sous réserve

des dispositions relatives aux soins confidentiels délivrés aux mineurs, le patient peut demander la confidentialité de l'hospitalisation. Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement, avec une mention relative à l'admission sous secret qui doit être signalée aux services concernés (service d'hospitalisation, accueil, standard...) de façon à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur la présence de l'intéressé au sein du site ou sur son état de santé.

#### b) Anonymat

L'anonymat se distingue de la confidentialité dans la mesure où l'anonymat s'applique aux personnes dont on ne connaît pas l'identité et concerne des situations juridiquement identifiées (les accouchements sous X, les hospitalisations pour les toxicomanes en cas d'admission volontaire).

Au regard des activités exercées par le **Centre Hospitalier MICHEL PERRET**, il n'est pas prévu juridiquement de prononcer des admissions ou des consultations sous couvert d'anonymat.

### 5. Possibilité de disposer d'une chambre individuelle

Afin de mettre à la disposition des patients un supplément de confort d'hôtellerie, des chambres individuelles peuvent être proposées selon les possibilités de l'unité de soins. **Cette prestation optionnelle est payante.** Le tarif est fixé annuellement par le Directeur de l'établissement. La plupart des mutuelles prennent en charge ce supplément, en partie ou en totalité.

Le patient est libre de revenir sur son choix à tout moment. Le patient doit s'assurer auprès de sa complémentaire santé du nombre de nuitée pris en charge.

Le patient qui ne s'engage pas à payer le tarif fixé, mais qui bénéficie néanmoins d'une chambre particulière faute de disponibilité de chambre à 2 lits, ne pourra s'opposer au changement de chambre à l'occasion de la première disponibilité.

### 6. Livret d'accueil et questionnaire de satisfaction



Un livret d'accueil est à la disposition de tout patient admis en hospitalisation au sein de l'établissement, dans la chambre.

Il est également consultable sur le site internet de l'établissement ([www.ch-tullins.fr](http://www.ch-tullins.fr)). Ce livret contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital.

Les dispositions de la Charte du patient hospitalisé sont insérées dans le livret d'accueil ainsi qu'un questionnaire de satisfaction.

Tout hospitalisé reçoit avec le livret d'accueil de l'établissement un questionnaire de satisfaction anonyme, destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Les questionnaires remplis sont retournés au service qualité afin d'être analysés en lien avec la Direction.

Le Directeur communique périodiquement au conseil de surveillance, à la commission médicale d'établissement, au comité technique d'établissement et à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, les résultats de l'exploitation de ces documents.

## 7. Transferts

Lorsqu'un médecin de l'établissement constate que l'état d'un patient requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du site ou nécessitant des moyens dont le site ne dispose pas, le directeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis, en assurant l'information de sa famille.

Sauf cas d'urgence, le patient doit être préalablement informé de son transfert, provisoire ou définitif.

Le transfert ne peut être effectué sans son consentement.

L'admission dans ce nouvel établissement est décidée, sauf cas d'urgence, par son directeur après entente entre les médecins concernés et au vu d'un certificat médical adéquat.

## 8. Structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet

L'admission peut avoir lieu dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation à temps complet : Il s'agit du service d'hospitalisation de jour (HDJ).

Y sont dispensées les prestations qui ne peuvent être délivrées par le secteur soins de ville.

L'hôpital de jour est ouvert de 9h00 à 16h30 du lundi au vendredi.

Les demandes d'admission sont reçues par le biais de la plateforme ViaTrajectoire. Certaines de ces admissions peuvent être effectuées en interne via les consultations. Les demandes comportent les éléments nécessaires pour identifier le respect des critères d'admission.

Dès lors que la demande respecte les critères et sous réserve de place disponible dans les délais demandés la demande est acceptée et l'entrée programmée.

Chaque fin de semaine, l'usager est orienté vers le secrétariat de l'HDJ pour récupérer le planning de la semaine suivante. Ce planning précise les horaires des activités de rééducation à venir.

La sortie d'hospitalisation de jour est envisagée dès que les soins peuvent être dispensés par un professionnel exerçant à titre libéral. La date de sortie est généralement précisée par le médecin une semaine avant la fin du séjour.

## 9. Accueil en urgence

### 4 Plan d'accueil des patients ou blessés en urgence

**L'établissement ne dispose pas de service d'urgence. Cependant, il existe un plan d'urgence (le plan blanc), pour faire face aux situations exceptionnelles : en cas d'afflux massif de victimes, soit à la suite d'accidents, soit à la suite de catastrophes.**

Il est déclenché par le Directeur ou le personnel d'astreinte administrative. Pour son application, il peut être nécessaire de rappeler en renfort des personnels de l'établissement.

### 4 Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate de l'établissement, les personnels, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux malades ou aux blessés en péril sur la voie publique.

## 10. Détenus et personnes gardées à vue

L'admission des détenus ou gardés à vue malades ou blessés ne peut pas être prononcée au sein du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** qui ne dispose pas de locaux spécialement aménagés à cet effet.

## Section 2. Droits et information du patient et de son entourage concernant les soins

### 1. Droit à l'information médicale

Toute personne a le droit de recevoir une information appropriée, accessible et loyale sur son état de santé. Sa volonté d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les patients sont associés aux choix thérapeutiques les concernant. Ils sont notamment informés préalablement de la nature, des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner, ainsi que des conséquences prévisibles en cas de refus de soins. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et **dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables**. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

### 2. Liberté d'aller et venir

Les patients/résidents peuvent se déplacer librement dans l'enceinte de l'établissement, ceci dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service. Les conditions d'exercice de ce droit peuvent être aménagés par la direction et la cellule de crise lors du déclenchement des plans d'urgence. Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans

l'enceinte de la structure.

### L'accès aux locaux professionnels est formellement interdit.

Dans le cadre d'une hospitalisation en service de rééducation, le patient doit demander un bon de sortie à l'équipe soignante lorsqu'il souhaite sortir en dehors de l'enceinte de l'établissement.

Dès lors, il est important de signaler une sortie même temporaire de l'établissement à l'équipe soignante et ce, afin d'éviter des recherches inutiles.

Afin de garantir la sécurité des patients ou des résidents désorientés, sur prescription du médecin, la direction de l'établissement peut mettre en œuvre tous moyens techniques permettant de prévenir les départs inopinés et les disparitions inquiétantes.

### 3. Respect de la dignité et de l'intimité

Le respect de la dignité et de l'intimité du patient doit être préservé par tous, à tout moment de son séjour hospitalier.

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

Les personnels et les visiteurs extérieurs frappent avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénètrent, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Des disques « Toc-toc » sont apposés sur la porte des résidents de gériatrie et doivent être respectés.

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas de volonté expresse de ces derniers à ce sujet.

### 4. Droits civiques

Les patients hospitalisés et résidents qui, en raison de leur état de santé, ne peuvent se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer leur droit de vote sur place, par procuration. Le Cadre de santé de

accomplir.

Une personne sous mesure de protection dispose pleinement de son droit de vote. A ce titre, si cette dernière ne peut se déplacer, elle peut voter par procuration en désignant un mandataire (sauf personnel de l'établissement et mandataire judiciaire).

## 5. Exercice des cultes

Les usagers accueillis au sein d'établissements hospitaliers, sociaux, ou médicosociaux ont droit au respect de leurs croyances et doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Une liste des contacts des ministres des différents cultes est affichés dans chaque service.

Une messe est célébrée une fois par mois dans l'enceinte de l'établissement (3<sup>ème</sup> étage Chartreuse – Service des Dahlias).

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans la limite du respect de la liberté des autres patients et du principe de continuité des soins.

## 6. Relations avec la famille

La présence le plus souvent possible de la famille et des amis est une condition fondamentale de la qualité du séjour.

Pendant toute la durée de celui-ci, dans le respect de la volonté du patient/résident, l'information et la communication entre la famille et l'établissement doivent s'instaurer afin d'assurer au mieux leur **complémentarité dans un climat de confiance mutuelle.**

**Nonobstant cette recherche constante de coopération de l'établissement avec les proches du résident/patient, celui-ci reste, en l'absence de mesure de protection, l'unique acteur des décisions le concernant. En ce sens, son avis est donc prioritairement recherché et pris en compte.**

l'unité de soins peut renseigner sur les formalités à

Selon la volonté du patient/résident et conformément au respect de l'obligation de secret professionnel à laquelle est tenu le professionnel, les informations de tous ordres le concernant pourront ne pas être communiqués à la famille.

Les médecins reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité sur rendez-vous.

## 7. Personne de confiance

Lors de l'admission, il est proposé à chaque patient majeur de désigner par écrit **une personne de confiance.**

Cette personne peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle doit connaître le patient antérieurement à son hospitalisation. **Cette personne a vocation à être consultée si le patient/résident devenait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cet effet.** Si ce dernier le souhaite, elle peut aussi l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et l'aider dans ses décisions. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

Cette désignation, faite par écrit et cosignée par la personne désignée, est valable pour la durée du séjour hospitalier, mais elle est révocable à tout moment par le patient (ou par le Juge des Tutelles pour les majeurs placés sous protection).

Dans le cas du patient/résident en fin de vie hors d'état d'exprimer directement sa volonté dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin, son avis prévaut sur tout autre avis non médical. Et ce, à l'exclusion des directives anticipées, urgence ou impossibilité.

La consultation ne s'assimile pas à une prise de décision. Lorsque le patient/résident est inconscient, la personne de confiance ne se substitue pas à lui. Un dialogue se noue avec le médecin. **Le praticien reste libre de sa décision, en dernier ressort.**

La personne de confiance doit agir dans le seul intérêt du patient et tenir compte dans la mesure du

possible des volontés exprimées par ce dernier Elle est liée au secret. Elle n'a pas accès au dossier médical. Sa consultation n'exclut pas l'information de la famille.

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 de cette personne par le patient

## 8. Directives anticipées

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

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

Ces directives sont modifiables à tout moment par l'intéressé. Tous changements doivent être signalés au médecin.

## 9. Patient hors d'état d'exprimer sa volonté

Quand un patient/résident, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, décide de limiter ou d'arrêter son traitement, le médecin doit respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix, au besoin de manière répétitive.

Quand un patient ne peut plus exprimer sa volonté et si le traitement apparaît inutile, disproportionné ou qu'il ne fait que prolonger artificiellement la vie du patient ou si les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 du code de santé publique résultent d'une obstination déraisonnable, le médecin peut décider de limiter ou arrêter le traitement.

Il doit cependant préalablement respecter une procédure collégiale et consulter la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un proche ainsi que les éventuelles directives anticipées du patient.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

## Section 3. Consentement et refus de soins

### 1. Accord sur les soins

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

### 10. Patient/résident en fin de vie

Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. L'objectif de ces soins est de soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité du patient et soutenir son entourage.

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être entrepris sans que le résident / patient en ait été préalablement et précisément informé et ait donné son consentement libre et éclairé. Le patient peut revenir sur ce consentement à tout moment. En cas d'urgence mettant en jeu la vie du résident / patient les médecins dispensent les soins qu'ils estiment nécessaires, dans le respect des directives anticipées conformes. Ils en tiennent informés, dès que possible, la personne de confiance désignée par le patient/résident et le cas échéant la famille. Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévues par la loi.





## 2. Refus de soins

Le médecin doit respecter la volonté du résident/patient après l'avoir informé des conséquences de ses choix, au besoin de manière répétitive.

Lorsqu'un patient n'accepte pas les soins proposés par un des services du pôle de rééducation MPR, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée, peut-être prononcée par le directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient si possible.

La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document précisant qu'il a été informé par le médecin des risques encourus suite à ce refus. Si le patient 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 (représentants des RU, mandataire judiciaire ou responsable qualité)

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables en informant s'il y a lieu la « personne de confiance » désignée, la famille ou un autre proche.

Le refus d'hospitalisation correspond à un refus de soins, avec application de la même démarche.

En gériatrie, lorsqu'il y a refus répétés de soins par le résident et que celui-ci ne présente pas de trouble cognitif, le directeur peut mettre fin au contrat de séjour après concertation avec la personne de confiance, tuteur ou référent familial et après qu'une proposition d'alternative de soins ait été faite. Le cas échéant, le centre hospitalier peut accompagner la famille dans les démarches pour trouver un autre établissement.

## 3. Majeurs sous tutelle

En principe, les dispositions générales et les dispositions complémentaires spécifiques aux mineurs s'appliquent aux majeurs sous tutelle, le tuteur se substituant aux titulaires de l'autorité parentale.

Les seules dispositions qui ne sont pas adaptées à la situation de ces patients concernent :

- 4 Le droit d'opposition à l'information et à la consultation de la personne se substituant à la famille : le tuteur doit être toujours informé et consulté.
- 4 Le caractère exclusif du droit d'accès direct au dossier médical concernant le majeur sous tutelle : le tuteur peut lui-même accéder aux informations médicales concernant le majeur sous tutelle.
- 4 En principe, comme pour les mineurs et sauf désignation antérieure d'une « personne de confiance » confirmée par le juge des tutelles, le majeur sous tutelle ne peut substituer un tiers à son tuteur
- 4 Le majeur sous tutelle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

## Section 4. Dispositions particulières à l'unité de soins longue durée (USLD) et à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes(EHPAD)

### 1. Contrat de séjour

Le **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, un contrat de séjour, auquel sont annexées 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. Sont également stipulées les modalités de mise en place du projet personnalisé d'accompagnement, 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 si elle est en capacité de

le faire, ou par le tuteur, ou représentants légaux ( conjoints, enfants..)  
Un livret d'accueil est également remis aux résidents lors de leur admission.

## 2. Projets personnalisés d'accompagnement

La Direction du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET**, les médecins, et les soignants en équipe pluriprofessionnelle mettent en œuvre un projet personnalisé d'accompagnement 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 personnalisé d'accompagnement 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 de leur prise en soins. Leur participation doit être envisagée dans de multiples domaines.

Toutes les initiatives au sein du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** 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 évaluées régulièrement.

## 3. Relations avec les familles

La coopération des familles à la qualité de la vie au sein des secteurs d'hébergement du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** est encouragée et facilitée. L'équipe soignante veille à ce que les proches ou les visiteurs se sentent partie prenante de la vie de l'unité, et participent aux animations lorsqu'ils le souhaitent.

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.

## 4. 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 CENTRE HOSPITALIER MICHEL PERRET .

## 5. 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. Dès lors, l'avis du responsable sécurité est nécessaire.

## 6. 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.

## 7. Non-respect des stipulations contractuelle

Les modalités de cessation du séjour à l'initiative du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** sont détaillées dans le contrat de séjour, passé avec chaque personne accueillie.

## 8. 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.

Toutes ces dispositions peuvent être modifiées en cas de situation exceptionnelle (crise sanitaire par exemple). Dans ce cas, le Centre Hospitalier s'engage à créer des moyens de communications permettant une information précise et réévaluée régulièrement aux résidents et à leur famille.

## Section 5. Conditions de séjour

### 1. Section 1 règles de vie au sein de l'établissement

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité. Les patients doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres patients ou le fonctionnement du service. Ils doivent observer strictement les règles d'hygiène. Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient pour motif disciplinaire. Les patients peuvent se déplacer librement dans l'enceinte hospitalière, 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 hospitalier. Pour cela, ils doivent être vêtus de façon décente. Ces droits peuvent être aménagés par la direction et la cellule de crise à l'occasion du déclenchement d'un plan d'urgence.

Il est interdit de fumer et de vapoter dans l'ensemble des locaux du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** y compris les chambres d'hospitalisation ; une signalisation apparente rappelle cette interdiction.

### 2. Dépôt des objets du patient

Au plus tard lors de son admission, le patient ou ses représentants légaux est informé oralement et par écrit du régime de responsabilité de l'établissement en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été déposé ou non, conformément aux dispositions de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993.

Le patient est invité à n'apporter à l'hôpital que les objets strictement utiles à son hospitalisation. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur de l'hôpital et qu'il ne doit conserver auprès de lui que les objets de faible valeur.

Il est remis au patient un reçu, inventaire des objets déposés entre les mains du régisseur. Un second exemplaire de ce reçu est versé au dossier administratif du patient.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, l'hôpital est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu, inventaire, dans la limite d'un plafond fixé par référence au plafond de la Sécurité sociale.

Toutefois cette limitation ne s'applique pas lorsque le vol, la perte ou la détérioration résultent d'une faute de l'établissement ou de ses personnels. Pour les objets non confiés par le malade patient, l'hôpital n'est responsable de leur vol, perte ou détérioration qu'en cas de faute de l'établissement ou de ses personnels établie par le patient.

L'hôpital n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins.

### 3. Gestion des biens et protection des majeurs sous tutelle

Lorsque l'intérêt de la personne hébergée ou soignée dans un établissement de santé ou dans un établissement social ou médico-social le justifie, le juge peut désigner, en qualité de curateur ou de tuteur, une personne ou un service préposé de l'établissement inscrit sur la liste des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ». (article 451

du Code Civil).

La personne habilitée à exercer des mesures de protection peut être choisie par le directeur de l'Établissement parmi le personnel administratif de celui-ci, sous réserve des exigences de formation et de diplôme liées à la fonction de Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs

La tutelle est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts. Un tuteur la représente dans les actes de la vie civile. Le juge peut énumérer, à tout moment, les actes que la personne peut faire seule ou non, au cas par cas.

Depuis La loi n° 2019-222 du 23 mars 2019, le juge des tutelles est devenu juge des contentieux de la protection.

#### **4. Effets personnels**

Les patients doivent prévoir pour leur séjour à l'hôpital du linge personnel et un nécessaire de toilette (savon, gant et linge de toilette).

Le linge personnel doit être adapté à la nécessité de traitement du patient.

Sauf dans les unités du pôle gériatrique, son entretien n'incombe pas à l'hôpital.

#### **5. Service des repas**

Les menus sont arrêtés par une commission des menus et sont communiqués à chaque service.

En rééducation, Les repas sont servis dans des locaux de séjour. Le service en chambre est une exception conditionnée par l'état de santé du patient et sur demande du médecin du service ou par des nécessités d'organisation du service.

En gériatrie, les repas sont en principe pris en salle à manger le midi et en chambre le soir mais l'organisation tient compte de l'état de santé et du choix du résident.

En dehors des régimes diététiques sur prescription

médicale, un menu de base est proposé aux patients ; toutefois, les allergies alimentaires et les habitudes alimentaires pour convictions religieuses sont considérées.

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires tenant compte des besoins des patients mais également de l'organisation des soins. Les plages horaires des repas sont fixées selon les services (sous réserve des nécessités d'ordre médical ou des contraintes exceptionnelles d'organisation) :

-Petit déjeuner : de 7h 30 à 8h30

-Déjeuner : de 11h30 à 12h30

-Dîner : de 18h00 à 19h30

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

Les samedis, dimanches et jours fériés, un repas à midi préalablement réservé peut être servi aux visiteurs dans la limite de 2 personnes.

Les modalités de réservation des repas sont accessibles auprès du service.

Ces repas seront facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le Directeur de l'établissement.

#### **6. Autorisation de sortie en cours d'hospitalisation**

Par décision du Directeur de site sur avis favorable du médecin chef de service, les patients peuvent en fonction de leur état de santé et de la longueur de leur séjour - bénéficier de permissions de sortie d'une durée limitée (48 H au plus).

Lorsqu'un patient ne rentre pas dans les délais impartis, l'administration le porte sortant, sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la mesure où une place est disponible.

Des permissions de sortie peuvent être accordées au bénéfice des mineurs en cours d'hospitalisation, dans les mêmes conditions :

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

Cette personne doit préciser à la Direction de

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

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

## 7. Télévision, téléphone et accès Internet

Toutes les chambres du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** possèdent une télévision. L'accès est payant, des forfaits à la journée à la semaine ainsi qu'un mois sont proposés. Ils doivent être réglés préalablement à l'activation du service.

La mise en service d'une ligne téléphonique directe pour les patients est immédiate dès les frais de mise à disposition réglés.

Les téléphones portables ainsi que tous les supports informatiques de communication sont à utiliser avec modération et discrétion et sous réserve de ne pas gêner les autres patients ni le déroulement des soins. Le **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol de téléphones portables et des supports informatiques.

Les patients peuvent demander un accès Wifi dans l'unité d'hospitalisation.

Les patients ne peuvent pas apporter leur poste de télévision personnel sauf autorisation expresse du directeur.

## 8. Interdiction des pourboires

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

## 9. Animaux domestiques

Les dispositions interdisant l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte hospitalière ne font pas obstacle à ce que des chiens-guides d'aveugles ou

de malvoyants soient autorisés à pénétrer au sein de l'hôpital, dans les limites fixées par la réglementation. Elles ne s'opposent pas non plus aux activités de médiation animale.

## 10. Courrier

Le vaguemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes leurs opérations postales.

La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et elle est organisée au sein de l'unité par le cadre de santé.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement aux intéressés conscients par le vaguemestre ; ils sont remis en dépôt à la Direction ou au gérant de tutelle, si le malade ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

Le courrier destiné aux mineurs leur est distribué, sauf opposition des parents

## Section 6. Accès des personnes extérieures au Centre Hospitalier MICHEL PERRET

### 1. Visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le Directeur en concertation avec les chefs de services concernés (notamment en ce qui concerne l'aménagement, s'il y a lieu, des horaires et le nombre de visiteurs). Les horaires de visites applicables dans chaque service, sont affichés à l'entrée de ce service. Des dérogations à ces dispositions peuvent être accordées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le cadre de santé avec l'accord du chef de service concerné.

Des restrictions peuvent être apportées à ce droit, principalement pour des motifs liés à l'état des patients justifiant notamment l'interdiction d'accès de certains visiteurs (mineurs en dessous d'un certain âge) à des services hospitaliers ou par des contraintes d'organisation du service ou le déclenchement de plan d'urgence.

Le patient peut refuser que certaines personnes viennent lui rendre visite.

## 2. Règles à observer par les visiteurs

Les visiteurs doivent respecter le repos des patient, éviter de gêner le fonctionnement du service, accepter sur demande du personnel de se retirer des chambres des patient ou d'autres locaux pendant l'exécution des soins et examens, s'abstenir d'imposer leur présence aux patient contre leur gré, garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, et respecter strictement l'interdiction de fumer et de vapoter dans les locaux du centre hospitalier .

Les contrevenants s'exposent à une amende forfaitaire prévue pour les contraventions de la troisième classe.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans l'hôpital des médicaments (sauf accord exprès du médecin du patient, ils sont alors intégrés à la prescription médicale), boissons alcoolisées ou produits toxiques de quelque nature qu'ils soient.

Il leur est déconseillé par ailleurs d'apporter aux patient des denrées ou boissons, même non alcoolisées qui pourraient être incompatibles avec leur régime alimentaire. Les produits ainsi apportés à l'hôpital seront rendus aux visiteurs.

Les visiteurs doivent se conformer aux règles et consignes sanitaires édictées par le centre hospitalier Michel Perret.

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

Tout accompagnant ou visiteur qui crée un trouble au sein du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** est invité à y mettre un terme. S'il persiste, il lui est enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du site avec, en cas de besoin, appel aux autorités de police.

## 3. Stagiaires

Les stages d'étudiants et professionnels au sein du site hospitalier **doivent faire l'objet d'une convention** entre le **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire ou avec le stagiaire lui-même.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

## 4. Associations de bénévoles

L'administration hospitalière 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 patient, à leur demande ou avec leur accord, au sein du site hospitalier.

**Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du directeur et conclure avec le Centre Hospitalier MICHEL PERRET une convention définissant les droits et obligations réciproques.**

L'association devra préalablement fournir une liste limitative des personnes qui interviendront au sein de l'hôpital.

L'accès auprès des patient est subordonné à l'accord de ces derniers ; le cas échéant, le médecin responsable peut s'opposer à des visites ou à des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin. Ils doivent être identifiés par un badge, mentionnant leur nom et l'intitulé de l'association au titre de laquelle ils interviennent.

## 5. Professionnels de la presse

L'accès des professionnels de la presse écrite et audiovisuelle et les modalités d'exercice de leur profession au sein d'un site hospitalier doivent préalablement faire l'objet d'une demande préalable acceptée par la Direction, après avis du chef de service concerné. 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 de l'administrateur de garde.

Les professionnels de la presse n'ont pas accès au patient. Des dérogations exceptionnelles peuvent être accordées, subordonnées au consentement libre et éclairé de ce dernier ou de son représentant légal dans le cas des mineurs ou majeurs protégés.

En règle générale, ni les patients, ni les membres du personnel ne doivent être photographiés ou filmés. Des dérogations exceptionnelles sont possibles, subordonnées à une autorisation expresse de ces derniers.

## **6. Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs**

**L'accès au sein d'un établissement du Centre Hospitalier MICHEL PERRET de démarcheurs, représentants et enquêteurs est interdit.**

Ceux-ci s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent dans les chambres et les locaux du site.

Aucune enquête, notamment téléphonique, ne peut être menée auprès des patients ou auprès des personnels ; les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

## **7. Intervention des notaires**

Lorsqu'un patient sollicite l'intervention d'un notaire, celui-ci peut se rendre auprès du patient, quel que soit son état de santé, sans avoir à demander l'autorisation de l'administration hospitalière ; il lui appartient d'apprécier sous sa responsabilité la capacité de son client à accomplir des actes juridiques (lettre circulaire n°1034 du 14 octobre 1983 relative à l'intervention des notaires dans les établissements hospitaliers publics).

## **8. Professionnels de santé libérale**

Des professionnels exerçant à titre libérale peuvent être admis à exercer dans l'établissement public de santé. Ce mode d'exercice est rigoureusement défini. Il doit en être fait usage à bon escient, et dans un objectif ciblé.

La liste des professionnels concernés, les missions sont strictement encadrées par les textes et co-validées par le médecin de service.

## **9. Professionnels de santé para médicaux**

Les kinésithérapeutes libéraux utilisent la balnéothérapie du CH sous cadre d'une convention. Leur exercice est externe à la prise en charge rééducative proposée au sein du CH

Les kinésithérapeutes libéraux sont soumis aux mêmes règles d'hygiène et de sécurité hospitalières en vigueur.

Les patients bénéficiant de la prise en charge des kinésithérapeutes libéraux sont sous leur responsabilité.

## **10. Autres prestataires de santé**

Le patient est libre de choisir son prestataire de santé (choix des aides techniques).

Le professionnel de rééducation s'engage par son code éthique à un accompagnement éclairé.

## **Section 7. Sortie des patients en fin de séjour**

### **1. Décision de sortie**

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

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, les dispositions sont prises pour un transfert immédiat du patient dans un autre établissement adapté à son cas.

A la sortie, deux éventualités sont possibles :

- 4** ou bien l'état du patient lui permet de retourner vivre à domicile, dans son milieu familial ou dans toute autre institution d'hébergement avec, si besoin, le concours des services d'hospitalisation ou de soins à domicile,
- 4** ou bien le patient a perdu son autonomie et son état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Dans ce cas, son transfert dans un établissement qui dispose d'un service adapté doit être effectué.

**Le caractère payant du séjour dans ce nouvel établissement ne saurait justifier une prolongation du séjour dans un des services du pôle MPR du Centre Hospitalier Michel Perret.**

Il appartient à l'assistant de service social chargé de l'unité de soins concernée de rechercher la solution qui convient à chaque situation particulière, en tenant compte des souhaits du patient, s'il est en mesure de les exprimer, en liaison avec l'ensemble de l'équipe de soins, la famille et, le cas échéant, le tuteur. **Cela ne dispense en rien le patient de jouer un rôle actif dans la préparation de sa sortie, et être acteur de son projet.**

## 2. Organisation de la sortie

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour (sans aucune mention d'ordre médical) 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 patient est informé que son médecin traitant recevra le plus tôt possible toutes informations propres à lui permettre de poursuivre la surveillance de sa situation de santé. Ce compte rendu d'hospitalisation est identique à celui remis au patient au moment de sa sortie. Il peut s'opposer à ce que toutes ou certaines de ces informations fassent l'objet de cette transmission.

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 patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise. La liste complète des entreprises de transport sanitaire agréées du département est tenue à disposition. Le remboursement du transport au patient par l'Assurance maladie n'est possible que si le transport à fait l'objet d'une prescription médicale dans les conditions par la réglementation.

**Avant de quitter l'établissement, le patient doit s'acquitter des frais éventuels lui incombant après prise en charge de sa caisse d'assurance maladie et de sa mutuelle. Il doit également régler tous les frais annexes tels que le téléphone, chambre particulière...**

En cas de dépôt à la régie de recettes, le patient ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter au cours des heures d'ouverture pour

effectuer le retrait de l'argent et/ou des objets de valeur en dépôt soit sur place à la régie soit à la Trésorerie du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET**. Les questionnaires de sortie, destinés à recueillir les appréciations et observations du patient, peuvent être déposés à la sortie de l'unité de soins.

## 3. Sortie contre avis médical

Sauf cas particuliers, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

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

Il est alors demandé au patient, après information du médecin responsable, de signer une attestation consignnant sa volonté de sortir contre avis médical malgré sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus ; en cas de refus de signer cette attestation, un procès-verbal est établi.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, et que la sortie présente un danger pour la santé du mineur, le médecin responsable du service peut procéder aux soins nécessaires et, si besoin, saisir le Procureur de la République.

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

Si l'état de santé du patient l'exige, le responsable médical présent informe le médecin traitant dans les délais les plus courts de la sortie prématurée du patient.

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





## 4. Sortie à l'insu du service

Si un patient a quitté l'établissement sans prévenir, la Direction du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** fait faire des recherches sur le périmètre hospitalier. Si ces recherches demeurent vaines et si la situation l'exige sur le plan médical ou légal, la Direction prévient le commissariat de police et/ou la gendarmerie. Dans ces cas elle informe également la famille ou le représentant légal du patient. Lorsqu'il s'agit d'un mineur s'étant opposé à l'information de sa famille sur son hospitalisation et ayant refusé les soins malgré son accompagnement par la personne de son choix, la Direction prévient uniquement le commissariat de police.

Dans ces cas, un courrier est adressé au patient si possible à son domicile dans les délais les plus courts, pour l'informer des risques encourus pour sa santé et l'inciter à réintégrer le service ou à se faire soigner. Si l'état de santé du patient l'exige, le médecin traitant est informé de la sortie prématurée du patient.

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

## 5. 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 patient 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 patient est informé.

## Section 8. Décès

### 1. Conduite à tenir à l'approche du décès

Lorsque l'état du résident/patient s'aggrave et que son pronostic vital est engagé, le médecin vérifie l'existence ou pas de directives anticipées. Si des directives anticipées ont été rédigées et si il estime que le résident/patient est en état de communiquer le médecin lui demande devant témoin

de les valider ou de les modifier.

La personne de confiance, la famille, les proches ou tuteurs sont prévenus sans délai par le médecin du service ou celui d'astreinte.

Le document «consignes en cas de décès» doit être rempli par le service (médecin, cadre, IDE..) et rangé dans le dossier papier du résident/patient afin d'être facilement accessible aux membres de l'équipe soignante.

Le résident/patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir et si le médecin valide cette demande. Si le médecin s'oppose à cette décision, le protocole «sortie contre avis médical» s'appliquera.

Le service met tout en œuvre pour que la famille ou les proches puissent demeurer auprès du patient/résident et l'assister dans ses derniers instants ; la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation ; en revanche, les repas fournis sont à la charge des bénéficiaires.

### 2. Information sur le décès

Selon l'heure du décès le médecin et/ou le cadre de santé et/ou l'infirmière préviennent dans l'ordre :

- 1) La personne de confiance désignée par le résident/ patient. L'information de la personne de confiance est prioritaire sur celle des proches (DROI 004).
- 2) La gérance de tutelle pour les résidents/ patients sous mesures de protection. Les coordonnées sont sur la grande étiquette patient éditée par le Bureau des entrées et collée sur le dossier médical. En cas d'impossibilité de prévenir le tuteur, lui faire un mail.
- 3) La famille du résident/ patient est systématiquement avertie, selon les consignes laissées par le défunt. Les coordonnées sont dans le recueil de données infirmier (personne de confiance et personne à prévenir) et sur le dossier médical.

4) Le Bureau des entrées par mail :  
[BureaudesEntrees@ch-tullins.fr](mailto:BureaudesEntrees@ch-tullins.fr)

En cas de signes ou d'indices de mort violente l'autorité judiciaire est avisée immédiatement par la Direction ou l'administration de garde.

### 3. Formalités entourant le décès

Le médecin complète le certificat de décès. Le certificat de décès électronique est à privilégier. Le personnel soignant du service procédé à la toilette du défunt dans le strict respect de ses croyances religieuses.

Les vêtements choisis par la personne ou sa famille seront confiées aux pompes funèbres qui les mettront après les soins de conservation du corps.

Les pompes funèbres choisies par la famille, le tuteur ou les proches sont contactées par le service ou les proches. Le certificat de décès leur est donné afin qu'ils puissent informer la mairie du lieu du décès.

### 4. Gestion des objets du défunt

Dès la levée de corps, la chambre du résident/patient est fermée à clé.

Un inventaire contradictoire est réalisé entre la personne de confiance, la famille, ou tuteurs et les agents qualité en gériatrie, ou un membre de l'équipe en SSR/EVC.

### 5. Liberté des funérailles – dispositions testamentaires

Le droit d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu qui peut l'exercer en rédigeant des directives anticipées, en consignant ses volontés dans un testament ou en souscrivant un contrat d'obsèques.

Les résidents/patients peuvent aussi faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au **Centre Hospitalier MICHEL PERRET**, en assortissant ces libéralités, le cas échéant, de conditions qui seront strictement respectées par le **Centre Hospitalier**

**MICHEL PERRET**, dès lors que le don ou legs aura été accepté par le directeur.

En revanche, les administrateurs, médecins et agents ne peuvent pas bénéficier de telles libéralités en leur faveur par des résidents/patients.

### 6. Dépôt des corps à la chambre mortuaire

Le **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** ne dispose pas de chambre mortuaire dans ses locaux. L'établissement dispose d'une chambre funéraire au funérarium de Tullins, sans toutefois créer une obligation pour la famille du défunt (cf article concernant l'organisation des opérations funéraires.

### 6. Organisation des opérations funéraires – libre choix des opérateurs

Le personnel hospitalier demande à la famille si elle a choisi un opérateur de pompes funèbres afin de les aider dans la démarche en proposant un listing des opérateurs.

**En aucun cas ce sont les professionnels de l'établissement qui indiquent à la famille quel établissement de pompes funèbres retenir. Dans l'attente de leur choix, le corps du défunt sera transféré à la chambre funéraire du funérarium de Tullins.**

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

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

### 7. Transport avant mise en bière

Si le patient/résident est transféré vers une chambre funéraire, la famille et le médecin complètent les deux premiers volets de la demande de transport de corps avant mise en bière.

Si la famille ne peut se présenter au centre hospitalier

avant le transport de corps, le document sera complété à la chambre funéraire.

Si le patient/résident est transféré vers son domicile ou tout autre destination, il faut compléter également le troisième volet correspondant à l'accord du directeur de l'établissement.

En cas d'absence ou d'impossibilité de ce dernier, le cadre de santé du service ou la garde administrative peuvent signer ce volet.

Le transport avant mise en bière peut être interdit au regard des contraintes sanitaires et notamment épidémiques.

## Section 9. Dispositions financières

### 1. Tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année. Ils sont affichés à la vue du public. Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la Sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie sur présentation de la carte vitale ou de l'attestation de la carte vitale.

### 2. Frais de séjour hospitalier

#### a) Les frais d'hospitalisations

Les frais de séjour se composent de la façon suivante :

- **D'un tarif de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation.**  
Il est affiché à chaque bureau des entrées. Ce tarif est différent pour chaque service et comprend le coût de la quasi-totalité des moyens qui seront mis en œuvre pour soigner ;
- **D'un forfait journalier**, institué par la loi du 19 janvier 1983, représentant une participation aux frais d'hébergement

#### b) Les conditions de prise en charge

La prise en charge du prix de journée par l'organisme d'assurance maladie est de 80% pendant les 30 premiers jours ; le patient ou sa mutuelle aura alors à régler le ticket modérateur de 20%.

La prise en charge du prix de journée est de 100 % dans les cas suivants :

- À partir du 31<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation,
- Si l'intervention chirurgicale est liée à un acte exonérant de la classification commune des actes médicaux (CCAM)
- Si l'hospitalisation est en rapport avec une affection de longue durée,
- À partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse,
- Pendant 12 jours suivant l'accouchement,
- En cas d'accident de travail,
- Pour le nouveau-né hospitalisé au cours du premier mois,
- En tant qu'affilié au régime de la SNCF ou des Mines,
- Pour le pensionné, l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Le patient peut demander un devis estimatif des frais restant à sa charge.

#### c) Forfait journalier

Le forfait journalier, fixé par arrêté interministériel, représente une participation du patient à ses frais de séjour, qui est due en plus des tarifs de prestations pour chaque journée d'hospitalisation à temps complet.

Le patient doit régler le forfait journalier au bureau des entrées le jour de la sortie si sa mutuelle ne le prend pas en charge.

L'exonération du forfait journalier intervient :

- En cas d'accident de travail,
- Pour le pensionné de l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité, des victimes de guerre,
- Pour handicapé de moins de 20 ans ayant obtenu l'allocation d'éducation

- spéciale,
- À partir du 6ème mois de grossesse et pendant 12 jours suivant l'accouchement,
- Pour le nouveau-né hospitalisé au cours du premier mois.
- Participation forfaitaire : depuis le 1er septembre 2006, une participation forfaitaire de 18€ est demandée aux assurés pour les actes chirurgicaux et médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à 91€, que ce soit en hospitalisation ou en ambulatoire.

Le patient qui ne s'engage pas à payer le tarif fixé, mais qui bénéficie néanmoins d'une chambre particulière faute de disponibilité de chambre à 2 lits, ne pourra s'opposer au changement de chambre à l'occasion de la première disponibilité.

#### **d) Paiement des frais de séjour et provisions**

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée au **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** par le patient ou par un tiers payeur.

Si le patient est assuré social et si il n'a pas de mutuelle : une partie des frais d'hospitalisation est à sa charge.

Si le patient n'est pas assuré social, soit :

- Il paie l'intégralité des frais d'hospitalisation,
- Il peut solliciter l'aide médicale État auprès du bureau des entrées, qui précisera les conditions d'accès à ce régime.

La Direction peut demander une provision ou le règlement intégral des frais d'hospitalisation, dans le cas où le patient n'a pas remis son attestation de prise en charge. Un engagement de payer doit être souscrit, par les intéressés ou à défaut leur famille ou un tiers responsable avec versement immédiat d'une provision renouvelable calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration de la période d'hospitalisation prévue, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

Le non paiement des frais de séjour oblige la Trésorerie du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** à exercer des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à

l'obligation alimentaire.

#### **e) Chambre particulière**

Les patients peuvent bénéficier d'une chambre particulière lors de leur hospitalisation, sous réserve des disponibilités du service. La demande de cette prestation optionnelle doit être formulée au bureau des entrées dès l'arrivée dans le service. En cas d'impossibilité, le personnel soignant ne donne pas suite.

La chambre individuelle fait l'objet d'un supplément de facturation qui peut être pris en charge par la mutuelle du patient le cas échéant.

#### **f) Prestations fournies aux accompagnants**

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les patients hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement.

La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant ou bien un patient en fin de vie.

#### **g) Frais de séjour en USLD et EHPAD**

L'établissement est soumis aux règles du Code de l'action sociale et des familles relatif aux USLD et EHPAD habilitées à l'aide sociale, et à celles de la comptabilité publique hospitalière.

Ses frais sont arrêtés annuellement par le Président du Conseil général de l'Isère pour les tarifs hébergement et de dépendance et par le Directeur de l'Agence Régionale de la Santé pour le forfait soins.

#### **h) Un tarif « hébergement » journalier**

**Il comprend, tel que le prévoit la réglementation les charges hôtelières et générales indépendantes du niveau de dépendance ou de l'état de santé du résident et notamment :**

- Frais d'occupation des locaux dont les travaux d'entretien, les matériels et mobilier, le chauffage, les charges financières et

- d'amortissement.
- Les charges hôtelières dont les repas, le blanchissage, l'eau et l'électricité.
- Les charges de personnel qui en découlent : administration, personnel d'entretien, de blanchisserie et de ménage et personnel d'animation.

Il ne comprend pas les frais de coiffure, d'esthétique et de pédicure qui restent à la charge du résident. Le tarif hébergement est acquitté par le résident ou sa famille, mais peut être pris en charge, le cas échéant, par l'aide sociale départementale.

En cas de non paiement par le résident ou sa famille du tarif hébergement, le Centre hospitalier se réserve le droit de mettre en œuvre l'obligation alimentaire notamment lorsqu'il y a une aide sociale.

#### **i) Un tarif «dépendance» journalier**

**Ils comprennent, comme le prévoit la réglementation, les charges induites par le niveau de dépendance du résident :**

- Une partie des frais de blanchissage et d'entretien
- Une partie des frais de personnels qui apportent leur aide aux résidents dans les actes de la vie quotidienne ;
- Les fournitures pour l'incontinence

Trois tarifs sont arrêtés annuellement par le Président du Conseil Départemental de l'Isère par niveau de dépendance : GIR1-2 ; GIR 3-4, GIR 5-6.

Le niveau de dépendance est évalué par le médecin de l'unité, pour chaque résident, après son entrée et régulièrement au cours de l'année. Ce classement déterminera le tarif qui lui sera appliqué et sera à sa charge.

**Pour les personnes de plus de 60 ans résidant en EHPAD, classées dans un niveau de dépendance de 1 à 4, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) peut être demandée auprès du Président du Conseil Départemental de son domicile avant son entrée. Si l'APA est accordée, le résident ou son représentant s'engage à ce qu'elle soit versée directement à**

#### **l'établissement.**

Les résidents relevant de l'aide sociale doivent s'acquitter de leur part contributive 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.

#### **j) La dotation soin**

**Elle couvre toutes les charges relatives aux soins médicaux et para-médicaux apportés au résident dans les unités :**

- Médicaments et fournitures ;
- Charges de rémunérations des médecins, des infirmiers et d'une partie des personnels aides-soignants
- Matériels équipements nécessaires aux soins.

Ces dépenses sont couvertes par une dotation versée par l'assurance maladie directement à l'établissement.

#### **k) Conditions de facturation**

Les résidents et/ou leur famille et/ou la personne de confiance doivent être informés, préalablement à l'admission, y compris en cas de transfert, des conditions financières d'hébergement au moyen d'un contrat de séjour signé et de l'engagement de payer.

Le contrat de séjour précise :

- Les conditions financières de prise en charge
- 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.
- Les clauses de résiliation du contrat de séjour

## CINQUIÈME PARTIE

### Dispositions relatives au personnel

Le fonctionnaire doit dans l'exercice de ces fonctions, respecter certaines obligations professionnelles. Le non-respect de celles-ci l'expose à des sanctions prises après application d'une procédure disciplinaire garantissant les droits de la défense voire à des sanctions pénales.

#### Section 1. Obligations à l'égard des usagers

##### 1. L'exercice des fonctions selon les valeurs de la fonction publique

Le fonctionnaire exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité. Il est tenu à l'obligation de neutralité et à respecter le principe de la laïcité.

Pour respecter ces principes, il traite de façon égale toutes les personnes en respectant leur liberté de conscience et leur dignité.

Il exerce de façon désintéressée et n'utilise pas ses fonctions pour en tirer un bénéfice personnel. Il s'abstient de manifester dans l'exercice de ses fonctions ses opinions notamment religieuses. Il veille à prévenir les situations où il serait en conflits d'intérêts.

Le Directeur veille au respect de ces principes et à la possibilité de les préciser, après avis des représentants du personnel, en les adaptant aux missions de son établissement.

##### 2. L'obligation de discrétion

obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse du Directeur.

Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs. Cette obligation de réserve et de discrétion professionnelle reste opposable en dehors de l'enceinte hospitalière, à la voie de presse et aux propos sur internet et réseaux sociaux

##### 3. L'obligation de secret professionnel

Celui-ci constitue une autre limitation à la liberté d'expression des fonctionnaires.

Toute personne prise en charge à l'hôpital a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.

Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins, les informations la concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe. Le secret professionnel protège également les personnels pour les éléments relatifs à leur état de santé.

Au-delà des médecins et des équipes soignantes, le secret professionnel s'impose à tous les agents. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi civiles et pénales.

Cependant, la violation du secret professionnel n'est pas punissable quand :

- Un agent informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices, de privations ou violences de toutes natures infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

##### professionnelle

Cette obligation constitutive d'une limitation à la liberté d'expression du fonctionnaire est relative à tout fait, information ou document dont ceux-ci ont connaissance dans l'exercice ou 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 professionnels ne peuvent être déliés de cette

- Un médecin ou tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son

âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire.

- Un professionnel de santé ou de l'action sociale informe le Préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui le consultent et dont il sait qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans ces conditions prévues ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi

#### **4. L'obligation d'information du public**

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'informations des usagers en toutes circonstances, dans des conditions compatibles avec les attributions qui lui sont confiées et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement, notamment le secret et la discrétion professionnelle.

#### **5. Identification vis-à-vis des interlocuteurs**

Afin de se faire connaître aux usagers et à leurs familles et sauf exceptions décidées par le Directeur, les professionnels du centre hospitalier en contact avec les hospitalisés ou le public portent en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur prénom et leur qualification (étiquette sur leur tenue professionnelle).

Ces dispositions s'appliquent également aux membres des associations visées dans le présent règlement.

#### **6. Accueil et respect du libre choix des familles**

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance. Le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire pour une sortie et/ou permission ou à un opérateur funéraire.

#### **7. Respect du confort et de la dignité**

La bien-traitance, entendue comme culture du respect de la personne soignée et de sa dignité, est une valeur fondamentale du centre hospitalier, qui vise à garantir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.

L'ensemble du personnel participant à la prise en charge du patient, doit veiller au respect de sa dignité et de son confort physique et moral. L'intimité du patient doit être préservée par le personnel tout au long du séjour et notamment lors des soins, des toilettes, des consultations et des transports...

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Le personnel médical et soignant doit s'assurer que la douleur soit en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Le personnel doit prendre toutes les dispositions, dans l'exercice de ses fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme de l'usager y compris la nuit.

#### **8. Respect de la liberté de conscience et d'opinion**

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucun acte de pression, provocation, de prosélytisme ou de propagande sur les usagers ou sur leurs familles n'est autorisé.

#### **9. Exigence d'une tenue et d'un comportement correct**

Au titre du respect dû aux usagers et à leur famille, une tenue correcte dans l'habillement, le langage et les actes, ainsi qu'une stricte hygiène corporelle est exigée de l'ensemble du personnel.

Tout signe ostentatoire d'appartenance religieuse est interdit.

La familiarité à l'égard des usagers est proscrite. Par respect pour l'usager, l'usage du téléphone portable ou autre est strictement interdit pendant le service.



## 10. Obligation de déposer les biens confiés ou trouvés

Aucun agent hospitalier ne doit conserver des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés par des usagers.

Ces biens sont déposés sans délai auprès du régisseur du site ou, en dehors des heures d'ouvertures de la régie, dans un coffre destiné à cet usage.

Tout objet découvert au sein de l'hôpital est directement remis au cadre de santé ou un membre de la Direction, pour en organiser la conservation et en assurer la restitution.

## Section 2. Droits du personnel

### 1. La liberté d'opinion, d'expression et leurs limites

Aucune distinction ne peut être faite entre les personnels hospitaliers en raison de leurs opinions, origine, orientation sexuelle, âge, patronyme, état de santé, apparence physique, handicap, appartenance ou non appartenance, vraie ou supposée à une ethnie ou à une race. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels en raison de leur sexe.

Toutefois, des distinctions peuvent être faites pour tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions. De même des conditions d'âge peuvent être fixées par décret, pour le recrutement des fonctionnaires ou encore pour la carrière de ceux-ci.

Les agents hospitaliers bénéficient, comme tous citoyens, de la liberté de conscience et de religion. Ils doivent cependant respecter le principe de laïcité et de neutralité de l'État et des services publics. Un droit à l'expression directe et collective est reconnu à l'ensemble des personnels. Ce droit s'exerce notamment par l'intermédiaire de l'expression syndicale.

Néanmoins ces droits restent encadrés par le devoir de réserve et le devoir de neutralité :

#### 4 Devoir de réserve

Tout agent doit observer, dans l'expression de

ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Tout agent est tenu, dans ses paroles, actes ou attitudes de faire preuve de mesure, modération et retenue vis-à-vis de l'institution et des autres professionnels que ce soit dans l'établissement ou en dehors de celui-ci et quel que soit le support utilisé et notamment sur les réseaux sociaux

#### 4 Devoir de neutralité et de laïcité

Dans l'exécution de son service, l'agent est tenu au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public.

Les paroles, actions ou inactions de l'agent public doivent être dictées uniquement par l'intérêt du service public et non par des convictions politiques, philosophiques ou religieuses personnelles. L'agent doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés susceptibles d'importuner ou de choquer les usagers, les visiteurs ou les autres agents du centre hospitalier. Ce devoir de neutralité lui interdit de faire de son service ou de sa fonction un instrument ou une occasion de propagande.

#### Conformément à ce principe :

- Les visites des élus dans l'enceinte de l'hôpital ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;

- Les membres du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier ne peuvent effectuer des visites au sein de l'hôpital que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de Surveillance ;

- Les signes d'appartenance religieuse ne sont pas tolérés au sein du centre hospitalier qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou dès lors qu'ils perturbent le bon fonctionnement du service.

- Les professionnels ne doivent à aucun moment de leur activité faire état d'un éventuel engagement politique à des fins de propagande.

La violation de ces règles constitue une faute disciplinaire qui peut faire l'objet d'une sanction.

Ces dispositions s'appliquent tant aux agents qu'aux personnes collaborant au service public hospitalier. Les étudiants conservent durant leur formation théorique la possibilité de porter des signes religieux car ils sont à cet instant uniquement des étudiants. En revanche, notamment lorsqu'ils sont en stage ou en formation professionnelle au sein d'un établissement public de santé, ils sont soumis à l'obligation de neutralité car ils exercent alors des fonctions médicales ou paramédicales et peuvent être à ce titre assimilés à des agents du service public.

## 2. Droit syndical

Le droit syndical est reconnu à l'ensemble des agents hospitaliers qui sont représentés par des délégués dûment élus ou mandatés. Les agents peuvent créer ou adhérer au syndicat de leur choix. Des locaux sont réservés à l'activité des syndicats. Toute action à l'initiative d'une organisation syndicale exercée dans les conditions légales est reconnue, dès lors qu'elle intervient dans le cadre de la défense des intérêts professionnels des personnels de l'établissement ou dans le cadre de la défense des intérêts collectifs de l'établissement.

Le droit syndical n'affranchit pas du respect des obligations de secret professionnel, de discrétion professionnelle, de neutralité et du devoir de réserve. Les organisations syndicales ayant une section syndicale dans l'établissement ou des élus dans une ou plusieurs instances de concertation de l'établissement, ainsi que les organisations syndicales représentées au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière peuvent afficher toute information d'origine syndicale sur des panneaux réservés à cet usage.

L'autorité compétente est immédiatement avisée de cet affichage, par la transmission d'une copie. Le chef d'établissement est avisé de l'affichage et ne peut s'y opposer que si le document affiché contrevient manifestement aux dispositions législatives relatives à la diffamation et aux injures publiques.

Tout document d'origine syndicale peut être distribué dans l'enceinte des bâtiments de l'établissement sous les réserves suivantes :

- Cette distribution ne doit concerner que les agents

de l'établissement ;

- L'organisation syndicale doit communiquer, pour information, un exemplaire du document au chef de l'établissement ;

- La distribution ne doit pas porter atteinte au bon fonctionnement du service. Elle se déroule en dehors des locaux ouverts au public ;

- La distribution ne peut être assurée que par des agents qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une autorisation spéciale d'absence ou d'un crédit de temps syndical sous forme de décharge d'activité ainsi que par des agents disposant d'un mandat syndical affectés dans un autre établissement de la fonction publique hospitalière du même département. Le principe de libre affichage et de distribution de documents d'origine syndicale n'ont ni pour objet, ni pour effet d'autoriser les organisations syndicales de fonctionnaires à procéder à l'affichage ou à la distribution de documents étrangers à l'exercice du droit syndical.

## 3. Protection contre les faits de harcèlement moral ou sexuel

a) Le harcèlement moral se manifeste par des agissements répétés, qui ont pour effet une forte dégradation des conditions de travail de l'agent :

- Porte atteinte à ses droits et à sa dignité,
- ou altère sa santé physique ou mentale,
- ou compromet son avenir professionnel.

Ces agissements sont interdits, même en l'absence de lien hiérarchique entre celui ou celle qui commet et celui ou celle qui subit.

b) Le harcèlement sexuel au travail est un délit. Il se caractérise par le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui :

- Portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant,
- ou créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

Est assimilé au harcèlement sexuel le fait d'user (même de façon non répétée) de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un autre. Dans les deux cas, il n'est pas nécessaire qu'il y ait une relation hiérarchique entre l'auteur des faits et

la victime pour que les actes soient constitutifs de l'infraction. Devant des comportements susceptibles d'être qualifiés de harcèlement sexuel, il importe de vérifier s'ils ne sont pas constitutifs d'une pure agression sexuelle.

**c)** Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire :

- 1° - Parce qu'il a subi ou refusé de subir les faits de harcèlement sexuel;
- 2° - Parce qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces faits ;
- 3° - Ou bien parce qu'il a témoigné de tels faits ou qu'il les a relatés.

Aucune des mesures précitées ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération les actions citées en 1°, 2° et 3°.

Les faits de harcèlement sont passibles de trois types de sanctions :

Sanction disciplinaire : tout agent public responsable ayant commis des agissements de harcèlement est passible des procédures de sanction applicables au secteur public.

Sanction civile : L'auteur de harcèlement sexuel peut devoir verser à sa victime des dommages et intérêts.

Sanction pénale : Le harcèlement moral ou sexuel est un délit pouvant être puni d'une peine d'emprisonnement ou d'une amende pécuniaire. Il est rappelé que la diffamation est une infraction pénale dont les éléments constitutifs sont une allégation ou une imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne à laquelle le fait est imputé.

#### **4. Droit à protection dans l'exercice de ses fonctions**

Protection en cas d'agression : L'agent a droit à une protection contre les atteintes volontaires à l'intégrité physique, les violences, les faits constitutifs de harcèlement, les menaces, injures, diffamation ou outrage dont il peut être victime à l'occasion de ses fonctions. Elle se traduit notamment par la prise en charge de tout ou partie des honoraires d'avocat et

l'application du régime des accidents de travail, s'il y a lieu.

La protection fonctionnelle peut être étendue aux proches de l'agent (conjoint, concubins, partenaires pacsés, enfants et ascendants directs) lorsqu'ils sont eux-mêmes victimes d'agressions du fait des fonctions de l'agent ou pour engager une action contre les agresseurs de l'agent.

Protection en cas de poursuites pénales engagées à l'encontre d'un agent pour des actes liés à l'exercice de sa mission ou lorsque l'agent est entendu en qualité de témoin assisté/placé en garde à vue se voit proposer une composition pénale. Le **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** lui apporte sa protection juridique à condition que les faits soient constitutifs d'une faute de service, à l'exclusion de toutes fautes personnelles.

Cette protection se traduit par l'appui de l'administration dans l'organisation de sa défense et se concrétise également par la prise en charge par l'établissement de tout ou partie des honoraires d'avocat pour assurer la défense de ses intérêts

Protection en cas de condamnations civiles : l'agent est également protégé dans le cas d'une faute commise à la condition qu'elle ne présente pas les caractéristiques d'une faute personnelle détachable du service. Dans l'hypothèse où l'agent est condamné pour une faute de service, le **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** règle en lieu et place de l'agent les sommes des condamnations civiles prononcées à son encontre.

#### **5. Droit à des conditions d'hygiène et de sécurité**

L'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des personnels, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

Tout agent doit bénéficier d'un examen médical régulier en vue de s'assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé. Le salarié peut également en bénéficier à sa demande.

Un suivi individuel renforcé peut être mis en place par le médecin du travail qui est juge de la fréquence et de la nature des examens.

## 6. Droit de grève

Le personnel de l'établissement exerce le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglemente, et selon des modalités permettant d'assurer la sécurité des biens et des personnes.

Au nom du principe de continuité du service public, le Directeur de la structure peut notamment assigner les agents afin de garantir un service minimum.

Pour ce faire, il est demandé aux agents qui souhaitent se mobiliser, même quelques heures, d'en informer leur cadre de proximité au minimum 48 heures avant.

## 7. Droit à la rémunération

Les agents hospitaliers ont droit, après service fait, à une rémunération comprenant le traitement, le Supplément Familial de Traitement ainsi que les primes et indemnités instituées par un texte législatif ou réglementaire.

Les agents exerçant leurs fonctions à temps partiel perçoivent une fraction du traitement au prorata du temps de travail.

Le principe de rémunération étant lié à la notion de service fait, une journée d'absence non autorisée ou non justifiée ou pour fait de grève, donne lieu à une retenue sur le traitement.

Les absences injustifiées répétées exposent à des sanctions disciplinaires pouvant aller jusqu'au licenciement.

## 8. Droit à la protection sociale

Les agents bénéficient de la protection sociale : les titulaires et stagiaires relèvent du régime spécial de sécurité sociale des fonctionnaires hospitaliers, alors que les agents contractuels relèvent du régime général de la sécurité sociale et de dispositions réglementaires spécifiques.

## 9. Droit à la formation

La formation est un instrument au service de la

stratégie du centre hospitalier ; elle s'inscrit dans le cadre de la politique RH de l'établissement, en particulier dans celui de la gestion des emplois et des compétences. Il s'agit d'assurer que les choix opérés en matière de formation permettent une adéquation entre les axes de développement de l'hôpital, les emplois à occuper et les compétences à maîtriser. Le processus d'élaboration du plan de formation suit les étapes suivantes :

- Définition des axes prioritaires de formation par le directeur de l'établissement, après concertation du Directoire, des cadres de proximité et de la commission de formation ;
- Diffusion préalable aux entretiens annuels d'évaluation ;
- Recueil des besoins détaillés à l'issue des entretiens individuels de formation, comprenant le choix des agents parmi les axes stratégiques ainsi que les souhaits individuels ;
- Consolidation des besoins, arbitrage et formalisation du plan de formation détaillé par le directeur de l'établissement ;
- Présentation du plan à la commission de formation pour avis.

Les axes prioritaires de formation doivent être définis en prenant en compte les enjeux stratégiques de l'établissement, ainsi que les évolutions réglementaires ayant un impact direct et majeur sur la gestion des compétences. Dans cette phase, il convient également de tirer le bilan de l'année antérieure en matière de politique de formation. Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux agents de l'établissement : formations d'adaptation, de recyclage, de perfectionnement, de reconversion, de promotion.

Ce droit se concrétise par l'accès à des formations collectives ou personnelles, ou à des bilans de compétences.

Les agents inscrits à une action de formation interne ou externe et informés par le biais du planning ont l'obligation de participer à l'intégralité de celle-ci. Une absence injustifiée entraînera une retenue sur traitement.

En cas d'empêchement légitime, l'agent devra en informer son responsable dès l'affichage du planning.

## 10. Droit d'accès à son dossier individuel

Le dossier individuel, détenu par la Direction des Ressources Humaines comprend l'ensemble des décisions portant sur la carrière de l'agent, sans mention de ses opinions, activités politiques, syndicales, religieuses, ou philosophiques. Il est le seul dossier opposable à l'agent

L'agent a accès à son dossier individuel sur demande écrite dont il peut, à titre onéreux, obtenir une copie. En cas de mobilité dans la fonction publique hospitalière, ce dossier est transmis à l'établissement d'accueil.

## 11. Droit à la conciliation

La résolution des conflits relève prioritairement de la conciliation ou de la médiation au niveau de l'établissement y compris via un organisme privé.

Il s'agit d'un processus structuré, par lequel deux ou plusieurs parties tentent de parvenir à un accord pour résoudre, à l'amiable, le différend qui les oppose. Il est indispensable qu'au préalable, les parties aient manifesté formellement leur assentiment à s'engager dans une médiation.

Souvent interne, la conciliation est susceptible d'apporter une solution et d'accompagner les parties dans la mise en œuvre des dispositions ayant reçu leurs accords ainsi que celle de la gouvernance de l'établissement.

Le cas échéant, à l'issue de cette conciliation locale, il est possible d'avoir recours à une médiation externe.

## Section 3. Obligations à l'égard de l'administration employeur

### 1. Obligation de servir

Tout agent de l'établissement se consacre à l'exercice des fonctions correspondant à son grade dans le poste auquel il est affecté de manière personnelle. Faute d'occuper effectivement son emploi conformément au tableau de service, il se place en

absence irrégulière qui entraîne la position de congé sans traitement, sur la base du service non fait et expose l'agent à des sanctions disciplinaires. Quel que soit son rang dans la hiérarchie, il est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les plus courts 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.

### 2. Obligation d'obéissance hiérarchique

La hiérarchie est un principe d'organisation de l'administration : chaque fonctionnaire a un rang hiérarchique et il est responsable des tâches qui lui sont confiées

L'agent 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, sauf dispositions contraires à l'exercice des professions réglementées. 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

### 3. Utilisation des véhicules

Tout agent amené à conduire un véhicule du centre hospitalier dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement fournir une copie de son permis de conduite en cours de validité avant toute utilisation d'un véhicule.

Par la suite, il doit immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire

dont il peut être l'objet.

#### **4. Obligation de signalement des incidents ou risques**

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque 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 (pharmacovigilance, de matériovigilance, d'hémovigilance...)

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable est tenu de le signaler. Il adresse son signalement, selon les procédures définies au présent règlement.

#### **5. Obligation de signalement des crimes ou des délits**

Tout agent qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements qui y sont relatifs.

#### **6. Assiduité et ponctualité**

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 doit respecter ses horaires de travail.

Les retards répétés sont de nature à désorganiser le bon fonctionnement des services et expose à ce titre l'agent à des sanctions disciplinaires.

#### **7. Exigence d'une tenue correcte** La tenue est un élément du respect dû aux usagers et aux collègues de travail.

Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble du personnel travaillant au sein de la structure.

Les professionnels sont tenus, le cas échéant, de porter les tenues ou accessoires fournis par

l'établissement.

#### **8. Etat d'ivresse et consommation de stupéfiants**

La consommation d'alcool ou de produit stupéfiant est interdite dans l'enceinte de l'établissement. Le responsable hiérarchique peut autoriser de manière expresse la consommation des alcools suivant au restaurant du personnel ou lors des occasions particulières (moment festifs organisés dans l'établissement pour les usagers, pot de départ) : vins, bière, cidre.

En tout état de cause, l'accès ou le maintien dans l'établissement est interdit à toute personne en état d'ivresse ou sous l'emprise de stupéfiant ; en cas de suspicion, il pourra être procédé à la réalisation de test d'alcoolémie ou d'un test salivaire conformément à la réglementation et à la procédure interne.

#### **9. Respect des règles d'hygiène et de sécurité**

Les personnels de l'établissement 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 les tenues fournies par l'établissement.

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 leur emploi.

#### **10. Article 40 – Restaurant du personnel**

Un règlement intérieur particulier indique les heures d'ouverture, les modalités d'accès et de paiement au sein du restaurant du personnel.

#### **11. Activités de vente de produits par les agents sur leur lieu de travail**

Sauf dérogation expresse motivée, les agents de

l'établissement ne sont pas autorisés à pratiquer des activités de vente de produits ou de service durant leurs heures de service au sein de l'établissement.

## **12. Non cumul des emplois et interdiction d'exercer une activité lucrative**

Les personnels du **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** sont tenus de se consacrer exclusivement à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Toutefois, il peut être dérogé à ce principe de non cumul sous certaines conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ainsi que sur l'activité libérale des praticiens plein temps, les agents peuvent être autorisés à exercer à titre accessoire certaines activités, lucratives ou non, auprès d'une personne ou d'un organisme public ou privé. Ils doivent en faire la demande écrite à la Direction précisant l'identité et la nature de l'activité de l'employeur pour le compte duquel l'activité est engagée; Le Directeur contrôle, notamment, dans le délai d'un mois et après consultation si nécessaire d'une commission nationale, l'absence de conflit d'intérêt entre l'activité d'origine et l'activité envisagée.

## **13. Obligation de désintéressement Obligation de déclaration d'intérêts**

Les personnels de l'établissement ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** de qui soient de nature à compromettre leur indépendance.

L'agent veille à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver. Au sens de la loi, constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions.

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.

Sont applicables dans ce domaine des sanctions disciplinaires et pénales.

## **14. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces**

Il est interdit au personnel de l'établissement 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 usagers ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

## **15. Témoignage en justice ou auprès de la police**

Lorsqu'un agent est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police judiciaire sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, il doit prévenir le Directeur et l'informer des suites à l'issue de leur audition.

## **16. Bon usage des biens de l'hôpital**

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. Le **Centre Hospitalier MICHEL PERRET** est fondé à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire ou négligence ou imprudence caractérisée.

## **17. Téléphones portables**

L'utilisation du téléphone portable personnel n'est pas autorisée sur le temps de travail, hors temps de pause.

A ce titre, Aucun téléphone personnel doit se trouver dans les poches des tenues professionnelles durant toute la journée de travail de jour comme de nuit.

## 18. Interdiction de fumer ou de vapoter

Il est interdit de fumer ou de vapoter dans l'ensemble des locaux clos et couverts de l'établissement. Une signalisation apparente indique cette interdiction à l'entrée et à l'intérieur des locaux.

Pour le personnel hospitalier, il existe une interdiction générale de fumer ou de vapoter pendant la totalité du temps de travail, hors temps de pause.

Les contrevenants s'exposent à une amende forfaitaire prévue pour les contraventions de la troisième classe et à des sanctions disciplinaires.

## 19. Sanctions disciplinaires

Toute faute commise dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de cet exercice, expose l'agent à des sanctions disciplinaires, voire à des poursuites pénales.

Aucune sanction disciplinaire ne peut être engagée contre un agent public au-delà d'un délai de 3 ans à compter du jour où l'administration a eu une connaissance effective de la réalité, de la nature et de l'ampleur des faits passibles de sanction.

La procédure disciplinaire peut être précédée d'une suspension, qui va permettre à l'établissement de se protéger contre les agissements de l'agent dans les cas les plus graves (suspicion de maltraitance notamment).

Les sanctions disciplinaires susceptibles d'être infligées aux agents titulaires, stagiaires ou contractuels sont les suivantes :

- L'avertissement,
- Le blâme.
- La radiation du tableau d'avancement, l'abaissement d'échelon, pour les titulaires.
- L'exclusion temporaire de fonctions avec retenue de traitement
- La rétrogradation pour les agents titulaires.
- L'exclusion définitive/ la mise à la retraite d'office/ la révocation/ le licenciement.

le cas échéant après avis du Conseil de Discipline (émanation de la commission administrative paritaire).

L'agent à l'encontre duquel une procédure disciplinaire est engagée a droit à la communication de l'intégralité de son dossier individuel ainsi que de tous les documents annexes. Il peut être assisté des défenseurs de son choix.

La décision de sanction peut faire l'objet d'un recours gracieux ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif.



## SIXIÈME PARTIE

### Approbation, mise à disposition et mise à jour du règlement intérieur

#### Section 1 : Approbation du règlement intérieur

Il est arrêté par le Directeur après concertation avec le Directoire. Il est soumis pour consultation à la Commission Médicale d'Établissement et au Comité Technique d'Établissement. Il est présenté pour avis au Conseil de Surveillance.

Il prend effet, ainsi que les mises à jour qui lui seront apportées, à compter de la date d'arrêté par le Directeur.

Il est complété de tout document soumis au délibéré des instances et portant règlement intérieur particulier.

#### Section 2 : Mise à disposition du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance à la Direction et sur le site internet de l'établissement.

#### Section 3 : Mise à jour du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur fera l'objet de mises à jour régulières, dans les formes prescrites par la réglementation, lorsque des dispositions légales ou réglementaires en modifieront au fond le contenu.

