



# REGLEMENT

# INTERIEUR

Soumis à la concertation du :

- Directoire le

Consultation en :

- CME le
- CTE le
- Conseil de Surveillance le

# PREAMBULE

Le présent règlement intérieur du Centre Hospitalier d'ALBI est arrêté en application du Code de la Santé Publique et notamment son article L6143-1.

Il se substitue au règlement intérieur de décembre 2001 qui avait été modifié le 9 février 2007.

Il définit les règles de fonctionnement du Centre Hospitalier d'ALBI propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients, des personnels et de toute personne extérieure à l'établissement.

Il est tenu à la disposition des patients, de leurs proches, des personnels et de toute personne qui en formule la demande auprès de la direction.

Le Directeur du Centre Hospitalier d'ALBI veille à l'exécution du présent règlement intérieur.

Le présent règlement intérieur s'applique à l'ensemble des sites et services composant le Centre Hospitalier d'ALBI.

# SOMMAIRE

## **TITRE I-DISPOSITIONS GENERALES .....12**

### **CHAPITRE I – ORGANISATION GENERALE ET TERRITORIALE .....12**

Article 1 : Présentation du Centre Hospitalier d'ALBI .....12

Article 2 : Missions et obligations du Centre Hospitalier d'ALBI.....12

Article 3 : Direction commune entre le CH d'Albi, le DH de Gaillac et le CH de Graulhet.....13

Article 4 : Adhésion du CH d'ALBI au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du TARN, du REVELOIS et du SAINT-PONAIIS « Cœur d'Occitanie » .....14

4.1 Composition du GHT

4.2 Etablissement support

4.3 Instances du GHT

4.4 Fonctions déléguées et organisées en commun

4.5 Procédure de conciliation

### **CHAPITRE II – ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET GOUVERNANCE .....16**

Article 1 : Les instances de gouvernance .....16

1.1 Le Conseil de Surveillance

1.2 Le Directeur

1.3 Le Directoire

Article 2 : Les instances consultatives et les commissions .....22

2.1 La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

2.2 Le Comité Technique d'Etablissement (CTE)

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

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

2.5 Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

2.6 La Commission Des Usagers (CDU)

2.7 Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

2.8 La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS)

2.9 Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémogivillance (CSTH)

2.10 Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

2.11 Le Comité de Lutte contre la Douleur et Soins Palliatifs (CLUDSP)

2.12 Le Comité Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)

2.13 Sécurité de la prise en charge médicamenteuse - COMEDIMS

2.14 Les Cellules de coordination de la qualité et de la sécurité des soins

2.15 La Cellule Identito Vigilance (CIV)

2.16 Le Groupe Pertinence Attractivité et Recherche Clinique (PARC)

2.17 La Commission de la gestion du flux des patients (CGFP)

2.18 La Commission d'activité libérale (CAL)

2.19 Groupe de réflexion éthique

Article 3 : La direction et les astreintes administratives .....	44
3.1 L'organisation de la direction	
3.2 Les astreintes administratives	

## **CHAPITRE III – ORGANISATION INTERNE ET GOUVERNANCE PAR POLE .....44**

Article 1 : Les pôles d'activité .....	44
1.1 Le pôle Médecine	
1.2 Le pôle Chirurgie-Anesthésie	
1.3 Le pôle Femme-Mère-Enfant	
1.4 Le pôle Gériatrie	
1.5 Le pôle Urgences-Réanimation	
1.6 Le pôle Médico-technique	
Article 2 : Le chef de pôle .....	46
2.1 Nomination	
2.2 Compétences	
Article 3 : Le contrat de pôle et le projet de pôle .....	46
3.1 Le projet de pôle	
3.2 Le contrat de pôle	
Article 4 : Le cadre de pôle .....	47
Article 5 : Le directeur référent de pôle .....	47
Article 6 : Le responsable de structure interne.....	48
Article 7 : Concertation au sein du pôle / Conseil de pôle.....	48

## **CHAPITRE IV – ORGANISATION DES SOINS ET FONCTIONNEMENT MEDICAL .48**

Article 1 : Code de déontologie médical et règles professionnelles.....	48
Article 2 : Responsabilité médicale et professionnelle .....	49
Article 3 : Permanence des soins .....	49
Article 4 : Activité libérale des médecins au sein de l'hôpital.....	50
4.1 Conditions d'exercice de l'activité libérale	
4.2 Information et consentement des patients	
Article 5 : Corps médical.....	51
Article 6 : Coordination des soins dispensés aux patients.....	52

Article 7 : Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).....	52
Article 8 : Département d'Information Médicale (DIM) .....	53
<b>CHAPITRE V-SECURITE ET HYGIENE.....</b>	<b>54</b>
Article 1 : Finalité et portée des règles .....	54
Article 2 : Sécurité générale .....	54
2.1 Accès au Centre Hospitalier d'ALBI	
2.2 Calme au sein de l'hôpital	
2.3 Matériels de sécurité générale	
2.4 Règles de responsabilité	
2.5 Rapports avec l'autorité judiciaire	
2.6 Rapports avec les autorités de police et de gendarmerie	
2.7 Circonstances exceptionnelles	
Article 3 : Sécurité de fonctionnement .....	56
3.1 Gestion des risques	
3.2 Personnel technique et continuité de service	
3.3 Sécurité incendie	
3.4 Interdiction de fumer	
3.5 Interdiction de vapoter	
Article 4 : Circulation et stationnement des véhicules .....	58
4.1 Circulation	
4.2 Stationnement	
4.3 Responsabilité	
4.4 Sanctions	
<b>CHAPITRE VI-AMELIORATION DE LA QUALITE.....</b>	<b>60</b>
Article 1 : Mise en œuvre de la politique qualité.....	60
Article 2 : Organisation de la démarche de certification et des évaluations.....	60
Article 3 : Gestion des plaintes et réclamations .....	61
3.1 Gestion des réclamations et des plaintes	
3.2 Réparation des dommages sanitaires par la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI)	
<b>TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS .....</b>	<b>63</b>
<b>CHAPITRE I – ADMISSIONS .....</b>	<b>63</b>
Article 1 : Admission.....	63

Article 2 : Principe du libre choix du patient.....	64
Article 3 : Régimes d’hospitalisation .....	64
Article 4 : Prise en charge des frais d’hospitalisation .....	65
Article 5 : Accès aux soins des personnes démunies .....	65
Article 6 : Centre de planification et d’éducation familiale (CPEF).....	66
Article 7 : Les consultations externes.....	66
Article 8 : Les femmes enceintes.....	66
Article 9 : Les mineurs .....	67
Article 10 : Les prises en charge particulières.....	68
10.1 Etrangers	
10.2 Majeurs protégés	
10.3 Détenus	
10.4 Militaires	
10.5 Maladies à déclaration obligatoire	
10.6 Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	
10.7 Malades toxicomanes	
10.8 Patients admis sans leur consentement	
Article 11 : Dépôt et retrait des objets et valeurs.....	70
11.1 Dépôt	
11.2 Retrait	
Article 12 : Armes et substances illicites.....	72
Article 13 : Accueil en urgence .....	72
13.1 Organisation de la prise en charge en urgence	
13.2 Cas des patients amenés par la police en urgence	
13.3 Intervention des personnels à proximité du site hospitalier	
<b>CHAPITRE II - CONDITIONS DE SEJOUR .....</b>	<b>73</b>
Article 1 : Accueil et livret d’accueil .....	73
1.1 Accueil	
1.2 Livret d’accueil	
Article 2 : Réception des familles .....	73
Article 3 : Information et confidentialité .....	73
Article 4 : Visites et Horaires .....	74
Article 5 : Prestations accompagnant .....	74
Article 6 : Comportement des visiteurs et des personnes hospitalisées.....	74
Article 7 : Hygiène .....	75

Article 8 : Exercices des cultes laïcité et hôpital .....	75
Article 9 : Interventions du service social .....	76
Article 10: Dépôts et gratifications du personnel .....	76
<b>CHAPITRE III- LES NAISSANCES .....</b>	<b>76</b>
Article 1 : Déclaration de naissance .....	76
Article 2 : Déclaration spécifique des enfants décédés en période périnatale .....	76
<b>CHAPITRE IV- INFORMATION DES PATIENTS.....</b>	<b>77</b>
Article 1 : Droit à l'information .....	77
Article 2 : Accès au dossier patient .....	77
2.1 Conservation	
2.2 Communication	
2.3 Information du médecin traitant	
2.4 Dossier Médical Personnel (DMP)	
Article 3 : Relations avec les proches et ayants-droits .....	79
Article 4 : Relations avec les médecins traitants.....	79
<b>CHAPITRE V - SORTIE DES PERSONNES HOSPITALISEES .....</b>	<b>80</b>
Article 1 : Autorisation de sortie .....	80
Article 2 : Sortie contre avis médical.....	80
Article 3 : Sortie par mesure disciplinaire .....	81
Article 4 : Sortie après refus de soins.....	81
Article 5 : Sortie des personnes hospitalisées à l'insu du service .....	81
Article 6 : Sortie des mineurs .....	82
Article 7 : Sortie des détenus .....	82
7.1 Retour à la maison d'arrêt	
7.2 Transfert vers un autre établissement (intra et hors département)	
Article 8 : Sortie des personnes hospitalisées sous contrainte.....	82
Article 9 : Sortie des nouveaux nés .....	82
Article 10 : Questionnaire de sortie .....	83
Article 11 : Transport en ambulance.....	83
Article 12 : Formalités de sortie .....	83

## **CHAPITRE VI - LE DECES.....84**

Article 1 : Attitude à suivre à l'approche du décès .....84

Article 2 : Annonce du décès.....84

Article 3 : Formalités entourant le décès .....84

Article 4 : Informations sur le don d'organes et don de corps à la médecine.....87

Article 5 : Décès avec intervention médico-légale.....88

5.1 Mort suspecte ou violente ayant lieu dans les locaux de l'établissement

5.2 Accueil d'un corps sur réquisition du parquet

Article 6 : Décès avec absence d'entourage .....88

Article 7 : Dépôt de valeurs après un décès.....89

## **CHAPITRE VII – GESTION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES ....89**

Article 1 : Plan blanc .....90

1.1 Le déclenchement

1.2 L'élaboration et la révision

1.3 Les principales dispositions

Article 2 : Plan canicule .....90

Article 3 : Evaluation après sortie de crise ou déclenchement d'un plan.....91

## **CHAPITRE VIII – ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L'HOPITAL .....91**

Article 1 : Les visites : Recommandations aux visiteurs.....91

Article 2 : Stagiaires extérieurs à l'établissement.....92

Article 3 : Associations .....92

Article 4 : Accès aux professionnels de la presse .....92

Article 5 : Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs .....93

Article 6 : Intervention des notaires .....93

## **CHAPITRE IX- REGLES DIVERSES.....93**

Article 1 : Neutralité du service public.....93

Article 2 : Prestataires de service au sein du Centre Hospitalier.....94

Article 3 : Effets personnels .....94



Article 4: Animaux domestiques .....	94
Article 5 : Courrier .....	94
Article 6 : Téléphone .....	94
Article 7 : Télévision .....	95

### **TITRE III - OBLIGATIONS DU PERSONNEL.....96**

#### **CHAPITRE I – REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DES PATIENTS .....96**

Article 1 : Devoir d’information du public.....	96
Article 2 : Secret professionnel .....	97
Article 3 : Obligation de discrétion professionnelle.....	97
Article 4 : Devoir général de réserve-respect de la liberté de conscience et d’opinion.....	98
Article 5 : Respect du confort du patient.....	98
Article 6 : Exigence d’une tenue correcte .....	99
Article 7 : Identification vis-à-vis des interlocuteurs.....	99
Article 8 : Accueil et respect du libre choix des familles.....	99

#### **CHAPITRE II – AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL.....100**

Article 1 : Obligation de désintéressement – Obligation de déclaration d’intérêt.....	100
Article 2 : Interdiction d’exercer une activité privée lucrative .....	100
Article 3 : Interdiction de bénéficier d’avantages en nature ou en espèces .....	101
Article 4 : Exécution des instructions reçues .....	101
Article 5 : Respect des règles d’hygiène et de sécurité.....	101
Article 6 : Assiduité et ponctualité .....	102
Article 7 : Alcool sur le lieu de travail.....	102
Article 8 : Utilisation du téléphone portable personnel .....	102
Article 9 : Information du supérieur hiérarchique .....	102
Article 10 : Obligation de signalement de tout incident ou risque.....	103
Article 11 : Obligation de déposer les biens confiés par les patients/résidents ou trouvés dans l’hôpital.....	103
Article 12 : Bon usage du système d’information .....	103
Article 13 : Bon usage des biens de l’hôpital .....	103
Article 14 : Témoignage en justice ou auprès des autorités de police ou de gendarmerie ....	104

## **CHAPITRE III-DROITS DES PERSONNELS .....104**

Article 1 : Liberté d'opinion - non-discrimination .....	104
Article 2 : Protection contre le harcèlement.....	104
Article 3 : Liberté d'expression.....	105
Article 4 : Liberté syndicale-droit de grève .....	105
Article 5 : Protection organisée des fonctionnaires.....	105
Article 6 : Droit d'accès à son dossier administratif.....	105
Article 7 : Dispositions relatives à l'organisation du temps de travail.....	106
Article 8 : Hygiène et sécurité des conditions de travail.....	106
Article 9 : Droit à la formation .....	106

## **TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES .....107**

Article 1 : Approbation du règlement intérieur .....	107
Article 2 : Mise à disposition du règlement intérieur .....	107
Article 3 : Mise à jour du règlement intérieur .....	107

## **V – ANNEXES**

- Convention direction commune
- Convention constitution GHT
- Règlement intérieur de la CME
- Règlement intérieur du CTE
- Règlement intérieur de la CSIRMT
- Règlement intérieur du CHSCT
- Règlement intérieur des CAPL
- Règlement intérieur de la CDU
- Règlement intérieur du CVS
- Règlement intérieur de la COPS
- Règlement intérieur du CSTH
- Règlement intérieur du CLIN
- Règlement intérieur du CLUDSP
- Règlement intérieur du CLAN
- Règlement intérieur du COMEDIMS

- Politique qualité et gestion des risques
- Règlement intérieur de la CIV
- Règlement intérieur du groupe PARC
- Règlement intérieur de la Commission d'activité libérale (CAL)
- Règlement intérieur de la commission de la gestion du flux des patients (CGFP)
- Convention partenariale de l'Espace Ethique Tarn Nord (EETN)
- Règlement intérieur des astreintes médicales / de la PDS
- Règlement intérieur de l'internat
- Règlement de fonctionnement de l'EHPAD
- Règlement intérieur de la chambre mortuaire
- Plan blanc
- Plan bleu / Plan canicule
- Charte d'accès et d'usage du système d'information
- Charte du temps de travail

# TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

---

## **CHAPITRE I - ORGANISATION GENERALE et TERRITORIALE**

### ***ARTICLE 1 : Présentation du Centre Hospitalier d'ALBI (CHA)***

Le Centre Hospitalier d'ALBI est un établissement public de santé, régi par le Code de la Santé Publique.

Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

#### **Adresse du site principal :**

Centre Hospitalier  
22 Boulevard Sibille  
81013 ALBI CEDEX 09

#### **Autres sites :**

EHPAD La Renaudié  
147 Rue du Docteur Bouissières  
81000 ALBI

### ***ARTICLE 2 : Missions et obligations du Centre Hospitalier d'ALBI***

Le Centre Hospitalier d'ALBI exerce les missions d'un hôpital de proximité. Il a également une vocation de structure de recours pour une prise en charge et des soins spécialisés à l'adresse de la population de son territoire de santé.

Il a pour missions :

- D'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, en tenant compte des aspects psychologiques du patient.
- De participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention, à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire et d'organiser en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes.

- De dispenser :
  - Avec hébergement :
    - Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine ;
    - Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des patients requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;
    - Des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements d'entretien.
  
- D'accueillir en hébergement des personnes âgées dépendantes relevant d'un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
  
- De concourir :
  - A la formation continue des praticiens hospitaliers ;
  - A la recherche médicale et paramédicale ;
  - A la formation initiale et continue des personnels paramédicaux dans leurs domaines de compétences ;
  - Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé ;
  - A la lutte contre l'exclusion sociale en relation avec les autres professions et institutions compétentes.
  
- De développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité ;
  
- De procéder à l'analyse de son activité.

Le Centre Hospitalier d'ALBI est régi par les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service et de l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité et de service.

S'il n'est pas en mesure de recevoir ou de prendre en charge les usagers qui se présentent, il les oriente vers la structure de soins la plus adaptée.

La dispensation de soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles, le respect de la dignité et de la personnalité du patient, la prise en compte de sa souffrance, et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du Centre Hospitalier d'ALBI. La continuité du service est organisée.

**ARTICLE 3 : Direction commune entre le CH d'ALBI, le CH de GAILLAC et le CH de GRAULHET**

Le Centre Hospitalier d'ALBI a conclu une convention de direction commune avec le Centre Hospitalier de GAILLAC qui s'applique depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et qui a été renouvelée en 2016.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, une direction commune sera mise en place entre le Centre Hospitalier d'ALBI, le Centre Hospitalier de GAILLAC et le Centre Hospitalier de GRAULHET.

La convention précise les objectifs ainsi que les principes de fonctionnement et les moyens de de la direction commune.

**ARTICLE 4 : Adhésion du CH d'ALBI au GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT) du TARN, du REVELOIS et du SAINT-PONAI « CŒUR d'OCCITANIE »**

Le Centre Hospitalier d'ALBI est partie prenante du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du territoire du TARN, du REVELOIS et du SAINT-PONAI, « CŒUR d'OCCITANIE », dont la convention constitutive a été approuvée par l'ARS Occitanie le 7 novembre 2016. La durée de la convention constitutive est de 10 ans, conformément au Code de la Santé Publique.

#### **4.1 - Composition du GHT**

Le GHT « Cœur d'Occitanie » regroupe :

- Le Centre Hospitalier d'ALBI
- Le Centre Hospitalier Intercommunal- CHIC de CASTRES-MAZAMET
- Le Centre Hospitalier de GAILLAC
- Le Centre Hospitalier de REVEL
- Le Centre Hospitalier de SAINT-PONS de THOMIERES

#### **4.2 – Etablissement-support**

Conformément à la convention constitutive approuvée, la gouvernance du GHT repose sur une alternance concernant l'établissement-support, entre le CH d'ALBI et le CHIC de CASTRES-MAZAMET.

La fonction d'établissement support sera assurée pour une durée de 3 ans à compter de la date d'approbation de la convention par le CHIC de CASTRES-MAZAMET, puis pour une durée de 3 ans par le Centre Hospitalier d'ALBI, à laquelle succèdera une période de 2 ans où la fonction d'établissement-support sera assumée par le CHIC de CASTRES-MAZAMET, et 2 ans où c'est le CH d'ALBI qui assumera cette fonction.

#### **4.3 – Instances du GHT**

Les instances du GHT sont listées ci-dessous. Les détails concernant les instances figurent dans la convention constitutive, le règlement intérieur du GHT et/ou les règlements intérieurs des instances.

- **Le comité stratégique** est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé du GHT, sur la conduite de la mutualisation des fonctions et la mise en œuvre des délégations légales obligatoires.

Il est présidé par le Directeur de l'établissement-support.

Il dispose d'un règlement intérieur.

Le comité stratégique se réunit au moins 3 fois par an.

Il comporte un bureau restreint qui se réunit au moins 3 fois par an.

- **Le collège médical de groupement** anime la réflexion médicale de groupement. Il participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des établissements du groupement. Il prépare et assure la mise en œuvre et le suivi du projet médical partagé du groupement. Il est tenu informé, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son président.

Son Président est élu parmi les candidats membres issus de la représentativité médicale de l'établissement qui n'est pas support dans le cadre de l'alternance entre les CH de CASTRES-MAZAMET et d'ALBI.

Il dispose d'un règlement intérieur.

Il se réunit au minimum 3 fois par an.

- **L'instance commune des usagers, dénommée comité des usagers du groupement.**

Il est présidé par le directeur de l'établissement, vice-président du comité stratégique.

Il dispose d'un règlement intérieur.

- **La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement.**

Elle est présidée par le coordonnateur général des soins dont le Président de CME assure la présidence du collège médical du groupement.

Elle dispose d'un règlement intérieur.

Elle se réunit au moins 3 fois par an.

- **Le comité territorial des élus locaux** est chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement.

Il est présidé par le Président du Conseil de Surveillance ou le Maire de la commune, siège de l'établissement-support.

Il se réunit au moins 2 fois par an.

Un comité restreint du Comité Territorial des Elus Locaux composé de 4 membres (les 2 Maires des communes, sièges des CH de CASTRES-MAZAMET et d'ALBI et des 2 Directeurs de ces établissements) est mis en place.

- **La conférence territoriale de dialogue social** est informée des projets de mutualisation concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du GHT.

Elle est présidée par le Président du comité stratégique.

Elle se réunit au moins 2 fois par an.

Elle dispose d'un règlement intérieur.

#### **4.4 – Fonctions déléguées et organisées en commun**

Pour la durée de la convention, la répartition des délégations légales obligatoires est la suivante :

- Le CH d'ALBI assure la délégation concernant le DIM territorial, la coordination IFSI, plan de formation et DPC.
- Le CH de CASTRES-MAZAMET assure la délégation concernant le SIH ainsi que la fonction achat.

Pas de délégations facultatives au moment de la signature de la convention constitutive.

Concernant les fonctions organisées en commun (imagerie diagnostique et interventionnelle, activités de biologie médicale et pharmaceutique), le Directeur de l'établissement-support s'appuie sur l'ensemble des établissements parties au groupement, dans le respect des dispositions réglementaires et des orientations du projet médical partagé.

#### **4.5 – Procédure de conciliation.**

Une procédure de conciliation, décrite à l'article 18 de la convention constitutive, est prévue en cas de litige ou différend survenant entre les parties au groupement à raison de la convention ou de son application ou de paralysie dans le fonctionnement du groupement.

## **CHAPITRE II - ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET GOUVERNANCE**

### **ARTICLE 1 : LES INSTANCES DE GOUVERNANCE :**

#### **1.1 – Le Conseil de Surveillance**

##### *1.1.1 Composition*

La liste nominative des membres du Conseil de Surveillance de chaque établissement public de santé est arrêtée par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Le Conseil de Surveillance du CHG est composé de 15 membres ayant voix délibérative, dont le mandat est de cinq ans.

Le Conseil de Surveillance comprend plusieurs collèges :

#### **Membres avec voix délibérative :**

- Le collège des « Elus » :

Il comporte au plus, quatre représentants désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le Maire de la commune-siège de l'établissement principal ou son représentant, et le Président du Conseil Départemental ou son représentant.



- Le collège des « représentants des personnels médicaux et non médicaux » :

Il comprend au plus, cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, dont un représentant élu parmi les membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT), les autres membres étant désignés à parité respectivement par la CME et par les organisations syndicales les plus représentatives.

- Le collège des « personnalités qualifiées » :

Il compte au plus, cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le Directeur Général de l'ARS et trois désignées par le Préfet de département, dont deux représentants des usagers.

#### **Membres avec voix consultative :**

- Le Président de la CME, en qualité de vice-président du Directoire, participe aux séances du Conseil de Surveillance de l'établissement de santé.
- Le Directeur Général de l'ARS ou son représentant;
- Le Directeur de la Caisse d'Assurance Maladie ou son représentant ;
- Un représentant des familles des personnes accueillies dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un EHPAD. En l'absence d'autre mention, celui-ci est désigné selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Au Centre Hospitalier d'ALBI, le Directeur adjoint chargé de la filière gériatrique fait un appel à candidature auprès des familles. Si seul un candidat se présente, il est obligatoirement retenu. En cas de candidatures multiples, le Directeur propose librement le candidat de son choix à l'Agence Régionale de Santé.
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein de l'établissement

Le Président du Directoire participe sans être membre aux séances du Conseil de Surveillance et exécute ses délibérations. La présence de membres de l'équipe de direction est possible, dans la mesure où le Directeur peut se faire assister des personnes de son choix.

Les incompatibilités et incapacités avec la qualité de membre du Conseil de Surveillance sont précisées à l'article L6143-6 du CSP.

#### *1.1.2 Compétences*

Les attributions sont exercées collectivement par l'ensemble des membres du Conseil de Surveillance qui sont appelés à voter et se prononcer sur les sujets qui leur sont exposés.

Le Conseil de Surveillance dispose d'attributions centrées sur la définition d'orientations stratégiques et d'une mission de contrôle de l'ensemble de l'activité de l'établissement et délibère, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et du Comité Technique d'Etablissement, sur :

1. Le projet d'établissement ;
2. La convention constitutive des CHU et les conventions conjointes entre les CHU et les universités et les établissements de santé en application de l'article L 6142-5 du CSP ;
3. Le compte financier et l'affectation des résultats ;
4. Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
5. Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur ;
6. Toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance ;
7. Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
8. Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L.6145-7 du CSP.

Le Conseil de Surveillance émet un avis sur :

- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L.6148-2 du CSP ;
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;

Le Conseil de Surveillance communique au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur et sur la gestion de l'établissement.

A tout moment, le Conseil de Surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16 du CSP, le Conseil de Surveillance nomme, le cas échéant, le Commissaire aux comptes.

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

Nota : Seul le Président du Conseil de Surveillance émet un avis sur la nomination du Directeur de l'établissement ainsi que sur le retrait d'emploi de ce dernier.

### *1.1.3 Fonctionnement*

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an, sur convocation du Président ou à la demande du tiers de ses membres.

L'ordre du jour est arrêté par le Président et adressé à l'ensemble des administrateurs et aux personnes qui assistent avec voix consultative, au moins 7 jours à l'avance. En cas d'urgence, le délai peut être abrégé par le Président.

Les séances du Conseil de Surveillance ne sont pas publiques.

Le Conseil de Surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié au moins des membres en exercice assistent à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion, qui doit avoir lieu dans un délai de trois à huit jours, est réputée valable quel que soit le nombre des membres présents.

Dans ce cas, le Conseil de Surveillance peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une réunion ultérieure.

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

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

L'ensemble des membres du Conseil de Surveillance élit son Président parmi les membres du collège des élus et du collège des personnalités qualifiées, à la majorité absolue au 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> tour et à la majorité relative au 3<sup>ème</sup> tour. En cas d'égalité au 3<sup>ème</sup> tour, le doyen d'âge est désigné.

Le Président est élu pour 5 ans. Son mandat prend fin avant ce terme si ses fonctions de membre du Conseil de Surveillance ou les fonctions au titre desquelles il a été désigné au Conseil de Surveillance, cessent.

Le Président désigne, au sein des 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> collèges, un vice-président qui préside en son absence.

Le secrétariat du Conseil de Surveillance est assuré à la diligence du Directeur.

Les délibérations sont conservées dans un registre spécial confié à la garde du Directeur de l'établissement. Ce registre est tenu à la disposition des membres du Conseil de Surveillance et du public qui peuvent le consulter sur place et obtenir des copies ou extraits de délibérations. Les délibérations sont transmises sans délai au Directeur Général de l'ARS.

Les membres du Conseil de Surveillance reçoivent un compte rendu de séance dans les trois semaines après chaque réunion du Conseil de Surveillance.

Les copies, extraits ou comptes rendus des délibérations ne peuvent toutefois être utilisés que sous réserve du respect des prescriptions de l'article 226-13 du Code Pénal.

En outre, les administrateurs ainsi que les personnes siégeant avec voix consultative sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le Président.

## **1.2 – Le Directeur**

Il dispose de pouvoirs propres.

Le Directeur, Président du Directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le Directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du Conseil de Surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du Conseil de Surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le Directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre National de Gestion la nomination des Directeurs adjoints et des Directeurs des soins. La Commission Administrative Paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement est communiqué au Directeur Général du Centre National de Gestion. Le présent alinéa n'est pas applicable aux Praticiens placés en position de remplaçant en application de l'article L. 6152-1-1.

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

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

Par dérogation, le Directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3. Par exception, le principe d'une gouvernance alternée a été arrêtée dans la convention constitutive du GHT « Cœur d'Occitanie » qui précise les modalités de mises en œuvre au sein du GHT.

Après concertation avec le Directoire, le Directeur :

- Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;
- Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

- Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;
- Peut proposer au directeur général de l'Agence Régionale de Santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;
- Soumet au Conseil de Surveillance le projet d'établissement ;
- Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;
- Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7 ;
- Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7.

Le Directeur du Centre Hospitalier d'ALBI est nommé par arrêté du Directeur général du Centre National de Gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, après avis du Président du Conseil de Surveillance.

## **1.3 – Le Directoire**

### *1.3.1 Composition*

Le Directoire se compose de sept membres. Ce n'est pas une instance paritaire.

Le Directoire comporte des membres de droit et des membres nommés pour quatre ans par le Directeur. Le mandat prend fin si le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du Directoire et lors de la nomination d'un nouveau Président du Directoire. Le Directeur peut révoquer les membres qu'il a nommés.

Les membres de droit sont au nombre de trois :

- Le Directeur, qui préside le Directoire ;
- Le Président de la CME, qui est vice-président du Directoire ;
- Le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques.

Les membres nommés par le Directeur, Président du Directoire, après information du Conseil de Surveillance sont au nombre de quatre. Le Directeur nomme les membres du Directoire qui appartiennent aux professions médicales sur présentation d'une liste d'au moins trois noms établie par le Président de la CME, vice-Président du Directoire.

### *1.3.2 Compétences*

Le Directoire prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Il conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il peut ainsi intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.

Le Directoire approuve le projet médical élaboré par le Président de CME avec le Directeur, et en conformité avec le CPOM. Il détient à ce titre une compétence décisionnelle.

### *1.3.3 Fonctionnement*

Le Directeur organise les travaux du Directoire. Le Directoire se réunit au moins 8 fois par an sur un ordre du jour déterminé. La concertation a lieu à l'initiative et selon les modalités définies par le Président du Directoire. La mise aux voix, lors de la concertation, n'est pas exigée par les textes.

## **ARTICLE 2 : LES INSTANCES CONSULTATIVES ET LES COMMISSIONS**

### **2.1 – La Commission Médicale d'Etablissement (CME)**

La Commission Médicale d'Etablissement (CME) est l'instance de cohésion, de débats et de propositions de la communauté médicale, pharmaceutique, odontologique et maïeutique. Elle a un règlement intérieur propre.

La CME participe à l'élaboration et au suivi du projet médical. Elle permet son appropriation par les praticiens. Elle participe à la coordination des pratiques médicales en termes de prises en charge, de projets et d'organisations.

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

- la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale,
- l'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées,
- l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs,

- le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité,
- l'organisation des parcours de soins.

Elle valorise la culture de la qualité de la sécurité des soins. La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle s'appuie sur les travaux de ses sous-Commissions et sur les travaux de la cellule qualité-gestion des risques.

Elle veille au respect permanent des valeurs déontologiques et éthiques.

D'après l'article R.6144-3 du Code de la santé publique, font partie de la CME :

- l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement (seuls membres de droit),
- des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelle,
- des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement,
- des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement,
- des représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie obstétrique.

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement est un coordonnateur médical fonctionnant en binôme avec le Directeur, Président du Directoire.

Assistent en outre avec voix consultative :

- Le Président du Directoire ou son représentant,
- Le Président de la CSIRMT,
- Un représentant du CTE élu en son sein,
- Le praticien responsable de l'information médicale, s'il n'est pas élu parmi les collègues,
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène, s'il n'est pas élu parmi les collègues,
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur, s'il n'est pas élu parmi les collègues.

La Commission Médicale d'Etablissement met en place des Sous-Commissions nécessaires à la discussion, à l'analyse et à l'élaboration de ses projets, ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement médical. Il s'agit notamment des Sous-Commissions réglementaires suivantes : Commission de l'Hémovigilance et Commission relative à l'organisation de la Permanence des Soins (COPS). D'autres sous-commissions existent : PARC (Pertinence – Attractivité – Recherche clinique) qui a son propre règlement intérieur, le CLUD (comité de lutte contre la douleur) ...

## **2.2 – Le Comité Technique d’Etablissement (CTE)**

Le Comité Technique d’Etablissement (CTE) associe les personnels hospitaliers à la gestion de l’établissement. Il est composé de représentants du personnel non médical et il est présidé par le Directeur.

Le CTE établit son règlement intérieur.

### *2.2.1 Composition*

Le Comité Technique d’Etablissement est présidé par le Directeur ou son représentant, membre du corps des personnels de Direction de l’établissement.

La durée du mandat des représentants du personnel est de quatre ans sauf prorogation dans le cadre des dispositions réglementaires prises à titre transitoire. Ce mandat est renouvelable.

Un représentant élu par la Commission Médicale d’Etablissement, assiste avec voix consultative aux réunions du Comité Technique d’Etablissement, sur convocation de son Président.

Un représentant du Comité Technique d’Etablissement est élu à bulletin secret pour assister aux réunions de la Commission Médicale d’Etablissement, sur convocation de son Président.

### *2.2.2 Compétences*

Le Comité Technique d’Etablissement est obligatoirement consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d’établissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

1. Les projets de délibération du Conseil de Surveillance mentionnés à l’article L.6143-1 du CSP concernant :
  - Le projet d’établissement ;
  - La convention constitutive des CHU et les conventions conjointes entre les CHU et les universités et les établissements de santé en application de l’article L 6142-5 du CSP;
  - Le compte financier et l’affectation des résultats ;
  - Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé
  - Le rapport annuel d’activité ;
  - Les conventions entre l’établissement et un membre de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance
  - Les statuts des fondations hospitalières créées par l’établissement.
  - Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l’article L.6145-7 du CSP.
2. Les orientations stratégiques de l’établissement et son plan global de financement pluriannuel.
3. Le plan de redressement.
4. L’organisation interne de l’établissement.



5. Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.
6. La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.
7. La convention constitutive d'un GHT.

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

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

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ainsi que du budget prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

### *2.2.3 Fonctionnement*

Le Comité Technique d'Etablissement se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son Président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité doit être réuni dans un délai d'un mois.

Les séances du Comité Technique d'Etablissement ne sont pas publiques.

En cas d'urgence ou d'événements d'actualité intervenus durant la quinzaine précédant la séance, le Comité Technique d'Etablissement peut être saisi à l'initiative du Président et du secrétaire.

Le Comité Technique d'Etablissement émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret.

Le Président ne prend pas part au vote.

En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Dans le cadre d'avis ou de vœux importants que le Comité Technique d'Etablissement doit émettre, une suspension de séance peut être demandée, soit par le Président, soit par une organisation syndicale siégeant au Comité.

Les avis et les vœux émis sont portés par le Président à la connaissance des instances concernées.

Les avis et les vœux sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du Directeur, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

Les suites données aux avis et vœux, après communication, dans un délai de deux mois à chacun des membres du comité, seront annexées au procès-verbal du Comité Technique d'Etablissement suivant.

### **2.3 – La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)**

La CSIRMT établit son règlement intérieur.

#### *2.3.1 Composition*

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

Elle est composée de représentants élus, pour 4 ans, par leurs pairs des différentes catégories professionnelles qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Sont électeurs, les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin.

Les personnels de chaque catégorie désignent leurs représentants à la commission par la voie de l'élection au scrutin uninominal à un tour.

En cas de départ d'un membre élu, un membre suppléant du collège concerné prend sa place au sein de la CSIRMT.

Les représentants élus constituent trois collèges :

- Collège des cadres de santé ;
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- Collège des aides-soignants.

Le règlement intérieur de l'établissement fixe les modalités du scrutin, notamment les conditions du vote par correspondance

Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

- Le ou les Directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- Toute personne qualifiée peut être associé aux travaux de la commission à l'initiative du Président ou d'un tiers de ses membres.

Au Centre Hospitalier d'ALBI, la CSIRMT comprend 24 membres :

- Collège des cadres de santé : 9 représentants titulaires et 9 représentants suppléants
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques : 12 représentants titulaires et 12 représentants suppléants
- Collège des aides-soignants : 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants

### *2.3.2 Compétences*

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques est consultée pour avis sur :

1. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le Coordonnateur Général des soins ;
2. L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
3. La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
4. Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
5. La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
6. La politique de développement professionnel continu.
7. La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire (GHT).

Elle est informée sur :

1. Le règlement intérieur de l'établissement ;
2. La mise en place de la procédure prévue à l'article L 6146-2 (participation des auxiliaires médicaux libéraux aux activités de l'EPS) ;
3. Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

### *2.3.3 Fonctionnement*

La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau.

Le bureau de la commission est composé:

- Du Président de la commission ;
- D'un membre élu de chaque collège.

La commission est convoquée par son Président.

Cette convocation est de droit à la demande du Président du Directoire ou de la moitié au moins des membres de la commission ou du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

L'ordre du jour est fixé par le Président de la commission et validé par le Directeur de l'établissement.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au Directeur et aux membres de la commission dans un délai de 15 jours.

La commission délibère valablement lorsqu'au moins la moitié des membres élus sont présents. Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Le Président rend compte, chaque année, de l'activité de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques dans un rapport adressé au Directoire.

## **2.4 – Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)**

Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé (physique et mentale), à la sécurité des agents de l'établissement (mais aussi des salariés exerçant dans les entreprises extérieures) ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

Le CHSCT établit son règlement intérieur.

### *2.4.1 Composition*

Le CHSCT est présidé par le Directeur ou son représentant.

**Les représentants du personnel, membres du CHSCT, sont seuls appelés à prendre part au vote :**

- 6 représentants du personnel non médical, désignés par les organisations syndicales parmi le personnel en fonction des résultats obtenus aux élections du CTE.
- 1 représentant du personnel médical désigné par la CME.

La durée de leur mandat est fixée à 4 ans. Le secrétaire du CHSCT est élu par ces derniers.

**Des membres de droit apportent leur concours et siègent à titre consultatif :**

- Le médecin du travail ;
- Le responsable des services économiques ;
- L'ingénieur ou, à défaut, le technicien chargé de l'entretien des installations ;
- Le coordonnateur des soins ;
- Un praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène ;
- L'inspecteur du travail.

## 2.4.2 Compétences

1. Le CHSCT contribue à l'amélioration des conditions de travail en procédant à l'analyse :
  - Des conditions de travail, des risques professionnels et des facteurs de pénibilité auxquels peuvent être exposés les salariés ;
  - Des circonstances et des causes des accidents du travail et/ou des maladies professionnelles dans le but de proposer des mesures de prévention et de supprimer le risque à la source.
2. Le CHSCT veille à l'amélioration des conditions de travail notamment des femmes enceintes.
3. Le CHSCT doit être associé à la recherche des solutions concernant :
  - L'organisation matérielle du travail (charge du travail, rythme, pénibilité des tâches, élargissement et enrichissement des tâches) ;
  - L'environnement physique du travail (température, éclairage, aération, bruit, poussière, vibrations) ;
  - L'aménagement des lieux et postes de travail ;
  - La durée et les horaires de travail ;
  - L'aménagement du temps de travail (travail de nuit, travail posté).
4. Le CHSCT agit en faveur de la prévention en incitant au développement et à la promotion d'une démarche de prévention des risques professionnels dans l'établissement. Il utilise pour cela des actions d'information, de sensibilisation et peut proposer des actions de prévention (en matière de harcèlement sexuel ou moral par exemple).
5. Le CHSCT procède à des inspections périodiques, au moins une fois par trimestre et réalise des enquêtes en matière d'accident du travail ou de maladies professionnelles. Celles-ci sont menées par une délégation comprenant l'employeur et un représentant du personnel au CHSCT.
6. Le CHSCT est consulté sur un certain nombre de sujets ou de documents. Il est saisi au moins une fois par an sur le bilan et le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Par ailleurs, les textes prévoient des consultations ponctuelles. Le CHSCT doit également rendre un avis notamment avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et sur l'aménagement des postes de travail des travailleurs handicapés ainsi qu'à leur accès.

### Droit d'alerte du CHSCT en cas de danger grave et imminent :

Un représentant du personnel au CHSCT peut déclencher un droit d'alerte s'il constate un danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un travailleur qui a fait jouer son droit de retrait. Il doit tout d'abord en aviser immédiatement l'employeur puis consigner cet avis par écrit sur le registre de sécurité, prévu à cet effet.

L'employeur est tenu de procéder à une enquête sur le champ, avec le représentant du personnel, auteur du signalement et de prendre les mesures nécessaires pour remédier à la situation.

Tout salarié dispose d'un droit de retrait même s'il n'est pas membre du CHSCT. Celui-ci peut se retirer d'une situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle représente

un danger grave et imminent pour sa vie, pour sa santé, ou en cas de défectuosité constatée dans les systèmes de protection.

### 2.4.3 Fonctionnement

Le CHSCT se réunit une fois par trimestre, voire plus fréquemment en cas de besoin :

- A la demande motivée de 2 membres du CHSCT.
- En cas de danger grave et imminent sous 24h, dans l'hypothèse de l'exercice du droit d'alerte.

Le vote est le mode d'expression juridique des institutions représentatives du personnel. Les résolutions comme les décisions du CHSCT se prennent donc à la majorité des membres présents.

Chaque réunion de CHSCT doit donner lieu à l'établissement d'un procès-verbal disponible après validation sur le serveur public rubrique instances du Centre Hospitalier.

Le CHSCT ne disposant pas de budget propre, il doit recevoir les moyens nécessaires à la préparation et à l'organisation des réunions et aux déplacements imposés par les enquêtes ou inspections.

Les membres du CHSCT disposent d'un crédit d'heures de délégation mensuel équivalent à 15 h. Il est de plein droit considéré comme temps de travail. Les membres du CHSCT peuvent pendant ces heures de délégations se déplacer à l'intérieur de l'établissement comme à l'extérieur.

Le code du travail prévoit que le CHSCT peut faire appel à un expert agréé extérieur et indépendant lorsqu'un risque grave est constaté dans l'établissement ou en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité, ou les conditions de travail. Les frais de l'expertise sont à la charge de l'employeur. Le CHSCT choisit librement l'expert et lui fixe également sa mission.

## 2.5 – Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Les corps de fonctionnaires de catégories A, B et C relèvent de neuf Commissions Administratives Paritaires distinctes :

- Trois commissions pour les corps de catégorie A ;
- Trois commissions pour les corps de catégorie B ;
- Trois commissions pour les corps de catégorie C.

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

Une Commission Administrative Paritaire Locale est créée par délibération de l'assemblée délibérante de l'établissement, dès que l'effectif des agents relevant de cette commission est au moins égal à quatre pendant trois mois consécutifs.

Lorsqu'une Commission Administrative Paritaire Locale n'a pu être constituée, notamment lorsque l'effectif des agents qui en relèvent est inférieur à l'effectif minimum, la compétence est transférée à la commission administrative paritaire départementale correspondante.

Un règlement intérieur des CAP est établi.

### *2.5.1 Composition*

Les Commissions Administratives Paritaires comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants.

Pour chaque Commission Administrative Paritaire, le nombre des représentants du personnel est déterminé en fonction de l'effectif des agents qui en relèvent :

- Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 4 à 20 agents : 1 titulaire, 1 suppléant.
- Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 21 à 200 agents : 2 titulaires, 2 suppléants.
- Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 201 à 500 agents : 3 titulaires, 3 suppléants.
- Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 501 à 1 000 agents : 4 titulaires, 4 suppléants.
- Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 1 001 à 2 000 agents : 5 titulaires, 5 suppléants.
- Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 2 000 agents et plus : 6 titulaires, 6 suppléants.

Si le nombre des agents relevant d'une commission administrative paritaire est inférieur à quatre agents, il n'est pas élu de représentant pour cette commission. L'effectif des personnels pris en considération pour déterminer le nombre de représentants est apprécié le dernier jour du mois précédant de six mois la date du scrutin.

Les représentants titulaires de l'administration au sein des commissions administratives paritaires locales sont désignés :

- Pour la moitié des sièges à pourvoir, parmi les membres de l'assemblée délibérante, à l'exception de ceux qui y représentent le personnel ; le président de cette assemblée ou son représentant est membre de droit ;
- Pour le reste des sièges à pourvoir, parmi les agents titulaires de catégorie A de l'établissement et, au cas où le nombre de ces agents est insuffisant, parmi les agents titulaires de la même catégorie de l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires, exerçant leurs fonctions dans le département, après accord des assemblées délibérantes de ces établissements.

Toutefois, le Directeur de l'établissement, ou, le cas échéant, l'autorité distincte de celui-ci investie du pouvoir de nomination, ne peut être désigné en qualité de représentant de l'administration.

Les représentants suppléants sont désignés dans les mêmes conditions.

### *2.5.2 Compétences*

Les Commissions Administratives Paritaires sont compétentes sur toutes les questions individuelles concernant les fonctionnaires et les stagiaires.

Elles siègent en formation restreinte lorsqu'elles sont saisies de questions résultant de :

- La proposition d'inscription sur liste d'aptitude ;
- La proposition de titularisation ;
- L'avancement d'échelon ;
- L'avancement de grade ;
- La notation et les appréciations littérales ;
- La discipline ;
- Le licenciement pour insuffisance professionnelle ;
- Le refus de congé pour formation syndicale ;
- La saisine de la commission des recours du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

Dans les autres cas, elles siègent en assemblée plénière.

### *2.5.3 Fonctionnement*

Les Commissions Administratives Paritaires ne délibèrent valablement qu'à condition d'observer les règles de constitution et de fonctionnement.

Les membres des Commissions Administratives Paritaires départementales et locales sont désignés pour une durée de quatre ans. Leur mandat peut être renouvelé. Toutefois, lorsqu'une commission est créée ou renouvelée en cours de cycle électoral, les représentants du personnel sont élus dans les conditions prévues par le décret, pour la durée restant à courir avant le renouvellement général.

Les Commissions Administratives Paritaires se réunissent au moins deux fois par an sur convocation de leur Président soit à son initiative, soit à la demande du Directeur de l'établissement, soit à la demande écrite du tiers de leurs membres titulaires, soit, en ce qui concerne les Commissions Administratives Paritaires locales, à la demande écrite du tiers des membres de l'assemblée délibérante.

Le règlement intérieur de chaque commission administrative paritaire est soumis à l'approbation du Directeur de l'établissement qui en assure la gestion.

Les Commissions Administratives Paritaires 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.

Les séances des Commissions Administratives Paritaires ne sont pas publiques.



Le secrétariat des Commissions Administratives Paritaires locales est assuré par l'établissement concerné. Lors des Commissions Administratives Paritaires départementales, il est assuré par l'établissement qui en assure la gestion.

La représentation du personnel ne peut, en aucun cas, être inférieure à deux membres. Lorsque les Commissions Administratives Paritaires siègent en formation restreinte, ne peuvent siéger les membres titulaires et, éventuellement, les suppléants qui ont un grade inférieur à celui du fonctionnaire intéressé.

Les Commissions Administratives Paritaires départementales sont présidées par le Président du Conseil de Surveillance de l'établissement qui en assure la gestion ou son représentant. En cas d'empêchement, le Président de séance est choisi parmi les représentants de l'administration, dans l'ordre de désignation.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales sont présidées par le président de l'assemblée délibérante ou son représentant. En cas d'empêchement, le Président de séance est choisi parmi les représentants de l'administration membres de l'assemblée délibérante ou, à défaut, parmi les fonctionnaires de catégorie A dans l'ordre de désignation.

L'ordre du jour est fixé par le Président au vu des propositions du Directeur de l'établissement pour la commission locale et de chaque Directeur d'établissement concerné pour la commission départementale.

Le secrétaire établit un procès-verbal de chaque séance. Il est signé par le Président, le secrétaire et le secrétaire adjoint et transmis dans le délai d'un mois aux membres de la commission.

Un fonctionnaire ne peut siéger lorsque la commission doit émettre un avis le concernant à titre individuel. Les personnels de direction désignés en qualité de représentants de l'administration aux Commissions Administratives Paritaires départementales ne peuvent prendre part aux délibérations lorsque la situation personnelle d'un agent de leur établissement est examinée.

Le Président de la commission veille à ce que les membres des commissions administratives paritaires reçoivent communication de toutes pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission deux semaines au moins avant la date de la réunion.

Dans un délai de dix jours précédant la réunion, ils ont accès, sur leur demande, aux dossiers individuels des agents dont la situation doit être examinée en commission.

Les membres des commissions administratives paritaires sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle en ce qui concerne tous les faits et documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.

## **2.6 - La Commission Des Usagers (CDU)**

La Commission Des Usagers (CDU) est chargée de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches, et de contribuer à améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

### *2.6.1 Composition*

#### **Membre de droit :**

- Le Directeur du Centre Hospitalier d'ALBI ou son représentant ;
- Un médiateur non médecin et son suppléant, désignés par le Directeur du Centre Hospitalier d'ALBI parmi le personnel non médical exerçant dans l'établissement ;
- Un médiateur médecin et son suppléant, désignés par le Directeur du Centre Hospitalier d'ALBI, après avis de la CME, parmi les médecins exerçant dans l'établissement ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service.
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le Directeur de l'ARS dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83.

#### **La CDU comprend en outre :**

- Un représentant de la Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT) et son suppléant, désignés par le Directeur des Soins ;
- Un représentant du personnel siégeant en Comité Technique d'Etablissement (CTE), avec un suppléant, choisis par les membres du CTE en son sein ;
- Le responsable qualité, avec voix consultative ;

Les membres de la Commission Des Usagers sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Le Directeur peut en outre inviter les collaborateurs de son choix à participer aux séances de la commission.

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel est fixée à trois ans renouvelable.

Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels ils ont été désignés.

La présidence de la CDU peut être assurée par l'un des membres suivants :

- Le Directeur du Centre Hospitalier d'ALBI, ou son représentant
- Un des deux médiateurs et leurs suppléants
- Un des deux représentants des usagers et leurs suppléants.

Le Président est élu, pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois.

Le vote a lieu au scrutin secret et uninominal, à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé, la

majorité relative suffit dans ce cas-là. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Le Président arrête l'ordre du jour des réunions, convoque ses membres, dirige les débats et organise les votes.

La Commission Des Usagers élit dans les mêmes conditions un Vice-président parmi le Directeur du Centre Hospitalier d'ALBI ou son représentant, les médiateurs ou les représentants des usagers. Le Vice-président est issu d'une autre de ces catégories de membres que celle du président. Son mandat est renouvelable deux fois.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du Président de la Commission Des Usagers, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le vice-président.

### *2.6.2 Compétences*

La commission veille au respect des droits des usagers et facilite les démarches afin qu'ils puissent exprimer leurs difficultés.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission.

La commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des usagers et de leurs proches (article R. 1112-80-II). A cet effet :

#### **1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, à travers notamment :**

- La présentation des mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement (notamment Comité de lutte contre les infections nosocomiales, Comité de lutte contre la douleur...);
- Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ;
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales et de dossiers patients formulées en vertu de l'article L. 1112-1 du Code de la santé publique ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- Les résultats des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

- Une présentation, au moins une fois par an, des évènements indésirables graves mentionnés à l'article L.1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

## **2° A partir notamment de ces informations, la commission :**

- Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;
- Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le Conseil de Surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;
- Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.

La commission rend compte de ses analyses et propositions dans son rapport annuel. Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées (CME, CTE, CSIRMT), il est transmis au Conseil de surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis à l'Agence Régionale de Santé.

La commission peut proposer un projet des usagers. Le projet des usagers peut être proposé après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein. Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité annuels établis par la commission.

Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect du droit des usagers. La Commission Médicale de l'Etablissement contribue à son élaboration. Le projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement. Il est transmis par la Commission Des Usagers au directeur d'établissement.

### *2.6.3 Fonctionnement*

La commission établit son règlement intérieur.

## **Réunions**

La commission se réunit au moins une fois par trimestre et plus, en tant que de besoin. Une planification prévisionnelle est établie pour l'année. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

L'ordre du jour est arrêté par le Président et communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc. L'ordre du jour comporte notamment les questions dont l'inscription a été demandée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour. Les représentants des usagers suppléants sont systématiquement conviés aux réunions de la CDU.

Le compte-rendu de la réunion est adressé aux membres de la commission dans les trois semaines après la réunion.

### **Modalités de vote**

Les membres de la commission ayant voix délibérative sont le Président, le Directeur de l'établissement, les représentants des usagers titulaires, le médiateur médecin titulaire, le médiateur non médecin titulaire ; le responsable qualité a une voix consultative.

Tout suppléant a une voix délibérative quand il remplace le titulaire. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

## **2.7 - Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)**

Le Conseil de la Vie Sociale est une instance composée à la fois de représentants des résidents, de représentants des familles et de représentants du personnel. Ils sont élus pour une durée de 3 ans.

L'objectif de cette instance est d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement. Les représentants des résidents sont élus parmi les personnes accueillies dans la structure. Les représentants des familles sont élus parmi les enfants, même alliés, des résidents jusqu'au 4<sup>ème</sup> degré et les représentants légaux. Le Président du CVS est élu parmi les représentants des usagers ou des familles.

Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment : sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

Le CVS établit son règlement intérieur.

Le CVS se réunit au moins 3 fois par an. Les comptes rendus sont affichés au sein du service.

## **2.8 - La Commission d'Organisation de la Permanence des Soins (COPS)**

La Commission relative à l'Organisation de la Permanence des Soins est une sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement.

### *2.8.1 Composition*

- Le Directeur ou son représentant assisté du collaborateur de son choix ;
- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement ou son représentant ;
- Des personnels médicaux, dont le nombre et les modalités de désignation, ainsi que celles du Président de la Commission, sont arrêtés par la Commission Médicale d'Etablissement. Parmi ces représentants, la moitié au moins devra être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedi après-midi, de dimanche et de jours fériés sous forme de permanence sur place ou d'astreinte.

Les structures ayant opté pour une organisation en temps médical continu doivent obligatoirement être représentées par un membre du personnel médical de la structure concernée.

La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins établit son règlement intérieur.

### *2.8.2 Compétences*

La COPS :

- Définit annuellement avec le Directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- Donne son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens ;
- Donne son avis sur les conventions de coopération regroupant la permanence des soins entre plusieurs établissements ;
- Etablit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au Directeur ainsi qu'au Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

## **2.9 - Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH)**

Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) est destiné à garantir la sécurité sanitaire en matière de transfusion sanguine. Il s'assure de la mise en œuvre des règles et procédures en matière d'hémovigilance et de transfusion sanguine.

Le CSTH établit son règlement intérieur qui fixe sa composition et ses modalités de fonctionnement.

## **2.10 - Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)**

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) a pour mission de lutter contre les infections nosocomiales ou infections associées aux soins. Le CLIN établit en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) un programme d'actions annuel. Un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales est dressé chaque année.

Le CLIN établit son règlement intérieur.

## **2.11 - Le Comité de Lutte contre la Douleur et Soins Palliatifs (CLUDSP)**

Le Comité de Lutte contre la Douleur et Soins Palliatifs (CLUDSP) a pour objectif de développer la culture des professionnels en matière de lutte contre la douleur. Le CLUDSP établit son programme de travail annuel, s'assure de la formation des professionnels et dresse un bilan des actions menées.

Le CLUD établit son règlement intérieur.

## **2.12 - Le Comité Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)**

Le Comité Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) assure une triple mission de conseil pour l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et l'amélioration de la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition, d'impulsion d'actions adaptées à l'établissement destinées à résoudre les problèmes concernant l'alimentation et la nutrition et de formation des professionnels impliqués.

Le CLAN établit son règlement intérieur.

## **2.13 – Sécurité de la prise en charge médicamenteuse – COMEDIMS :**

Le COMEDIMS établit son règlement intérieur.

## **2.14 – Les Cellules de coordination de la qualité et de la sécurité des soins**

Conformément à la politique qualité validée institutionnellement, les Cellules de coordination de la qualité et de la sécurité des soins (retreintes et élargies) sont les garantes de la mise en œuvre de la politique qualité et gestion des risques et de ses évolutions.

Ses missions sont les suivantes :

- Formaliser la politique qualité et sécurité des soins et s'assurer de la cohérence des différentes politiques en lien avec la Qualité et Gestion des Risques : politique EPP, politique de gestion du risque infectieux, politique de management de la qualité et de la sécurité du circuit du médicament...
- Formaliser le Programme Qualité et Sécurité des Soins et s'assurer de la cohérence des actions engagées par les différents professionnels
- Contribuer à l'organisation et au développement du recueil des données internes en lien avec la qualité et sécurité des soins en s'appuyant sur les travaux des différentes sous-commissions, et groupes de travail

- Respecter la réglementation et coordonner la gestion documentaire
- Insuffler à l'ensemble des professionnels une culture Qualité et de la gestion des risques
- Suivre la mise en œuvre des EPP/ DPC
- Améliorer les processus et coordonner l'identification des risques a priori des différents parcours patients
- Identifier et veiller à la diffusion de l'expertise méthodologique relative à la prévention, l'identification, l'analyse, la récupération et la réduction des événements indésirables liés aux soins
- Améliorer la satisfaction des usagers, des proches et des professionnels

Composition des cellules de coordination de la qualité et de la sécurité des soins :

- **Cellule de coordination élargie :**

Le Directeur, le Président de la CME, le Directeur Adjoint chargé de la filière gériatrique et de la Qualité – Gestion des risques, le Directeur des soins, le coordonnateur de la gestion des risques, le responsable des EPP / RMM, l'Ingénieur Qualité et Gestion des risques, un pharmacien, les pilotes de processus en fonction de l'ordre du jour.

Elle se réunit tous les trimestres.

- **Cellule de coordination restreinte :**

Le Président de la CME, le Directeur Adjoint chargé de la filière gériatrique et de la Qualité – Gestion des risques, le Directeur des soins, le coordonnateur de la gestion des risques, le responsable des EPP / RMM, l'Ingénieur Qualité et Gestion des risques.

Elle se réunit tous les mois.

La participation des représentants d'usagers à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins est réalisée notamment dans le cadre de la CDU

- **Cellule des évènements indésirables :**

Elle se réunit toutes les semaines, en alternance pour chaque pôle.

Elle est composée du directeur Qualité et Gestion Des Risques, du Coordonnateur général des Soins, du Praticien Hygiéniste – Coordonnateur de la Gestion des risques, du Praticien Attaché Qualité Responsable EPP et RMM, de l'Ingénieur Qualité/Gestion des Risques, des Cadres de pôle, cadre de santé et médecins (ponctuellement) selon le calendrier défini annuellement et les services techniques, logistique et bio-médicaux associés ponctuellement.

La CEI expose l'ensemble des événements indésirables et décide de la pertinence de la réalisation d'une analyse approfondie des risques au regard de la gravité des faits ou de la fréquence répétée de l'événement et de faire un Retour d'Expérience ou transmis en RMM.



La réunion se déroule suivant les étapes ci-dessous :

- Exposition des événements indésirables par la responsable qualité
- Tour de table des membres : exposition des EI qui sont à leur connaissance, définition des actions
- Exposition du bilan des actions réalisées suite aux précédentes réunions par la responsable qualité ou les membres.

### **2.15 – La Cellule Identito-Vigilance (CIV) :**

Le Centre Hospitalier d'Albi a engagé une démarche visant à améliorer la qualité et la sécurisation des étapes relatives à l'identification des patients. Cette démarche s'appuie sur une politique d'identification du patient (Cf. Politique d'identito-vigilance du CHA – Pol.0004 disponible dans la GED).

Pour ce faire, le Centre Hospitalier d'Albi a mis en œuvre une Cellule d'Identitovigilance (CIV). Placée sous l'impulsion d'un Identitovigilant désigné par le Directeur, elle exerce ses missions dans le cadre plus général de la politique de gestion des risques associés aux soins validés par l'établissement. Ses missions sont les suivantes :

- Définir, rédiger et mettre en œuvre la politique d'identification (charte d'identification) ;
- Assurer la rédaction, le suivi et le maintien à jour des procédures d'identification ;
- Assurer la coordination des différents acteurs intervenant sur la création, le contrôle et la modification des identités ;
- Produire et analyser les indicateurs qualité ;
- Former tous les acteurs intervenant sur la gestion de l'identité ;
- Etablir et diffuser aux instances de pilotage un rapport annuel d'activité.

Composition de la Cellule Identitovigilance :

- Un Directeur Adjoint
- Le Directeur des Soins
- Le Responsable Qualité et Gestion des Risques
- Le Responsable du Bureau des entrées
- Le Responsable des Archives Médicales / du Dossier patient informatisé
- Un médecin DIM
- Le Responsable du service informatique
- Le Responsable des Assistantes Médico-Administratives
- Un Biologiste exerçant au Laboratoire
- Le cadre de santé du Laboratoire
- Une Assistante Médico-Administrative du Laboratoire
- Les Cadres de pôle
- Le Cadre de santé du Bloc opératoire
- Le cadre sage-femme de la Maternité
- Un praticien Hospitalier aux Urgences – Responsable hémovigilance
- Une Assistante Médico-Administrative aux Urgences et transfusion

### **2.16 – Le Groupe Pertinence Attractivité et Recherche Clinique :**

Il établit son règlement intérieur.

## **2.17– La Commission de la gestion du flux des patients (CGFP) :**

Les missions de la Commission de la gestion du flux des patients (CGFP) sont les suivantes (elles sont décrites dans la procédure PR.611, disponible dans la GED) :

- Garantir le suivi de l'admission du programmé et non programmé ;
- Assurer la continuité de la mise en œuvre et la communication sur le programme « gestion des lits » ;
- Anticiper les situations de saturation de l'hôpital et gérer les situations de crise en mettant en œuvre les règles prédéfinies
- Valider les propositions de fermeture de lits.

Elle est composée :

- Du Directeur ou son représentant
- Du Président de la CME
- Du Directeur des Soins
- Des Chefs de pôle et/ou un représentant médical du pôle
- Des Cadres de pôle et/ou un cadre de santé du pôle
- D'un Médecin DIM
- De représentants des services du médico-technique ou administratifs en fonction de l'ordre du jour.

## **2.18 – La Commission d'activité libérale (CAL) :**

La commission d'activité libérale est chargée de veiller à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires régissant cette activité ainsi qu'au respect des clauses des contrats d'activité libérale.

La commission comprend :

- 1° Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- 2° Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
- 3° Le directeur de l'établissement public de santé ou son représentant ;
- 4° Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;
- 5° Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;
- 6° Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;
- 7° Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

Elle établit son règlement intérieur.

## 2.19 – Groupe de réflexion éthique

Depuis le 17 décembre 2015, Le Centre Hospitalier est membre de l'Espace Ethique Tarn Nord (EETN) constitué des établissements de santé et des associations du Tarn Nord.

L'Espace Ethique est un lieu de réflexion mandaté par les institutions et associations le constituant. Il est pluridisciplinaire et démocratique, consultatif, indépendant et tenu à la confidentialité des débats qui s'y tiennent.

Il examine toute question d'ordre éthique liée à la pratique et à l'organisation des soins. Il peut être saisi par tout professionnel de santé.

Son règlement intérieur a pour objet de définir les compétences, la composition et les règles de fonctionnement de l'Espace Ethique Tarn Nord.

Il est un lieu de Réflexion, de Conseil et de Pédagogie. Il peut être à l'origine d'avis et de recommandations destinés aux professionnels et à l'établissement de santé représenté par un de leur membre à l'EETN. Les avis et recommandations ne sont en aucun cas des injonctions pour les membres.

Il a pour mission :

- D'identifier les problèmes éthiques rencontrés dans les établissements de soins, dans les structures médico-sociales et le réseau de santé qui œuvrent à domicile ;
- De favoriser la réflexion sur le sens du soin ;
- De produire des avis ou des orientations à partir d'études de cas, de thèmes généraux, de questions particulières ;
- De diffuser des réflexions et des avis en interne dans l'établissement demandeur ou dans l'ensemble des partenaires représentés à l'EETN ;
- De donner son avis sur les projets de recherche dont les établissements sont promoteurs ;
- De proposer des événements de type conférences, débats, ciné-débats...
- De proposer des formations autour de l'éthique permettant aux établissements partenaires d'y assister à tarif préférentiel. Ces formations peuvent être ouvertes, dans le cadre de l'OGDPC, aux professionnels des établissements partenaires.

Il n'est pas compétent pour trancher ou examiner des différends entre professionnels.

Afin de répondre aux questions adressées à l'Espace Ethique, une méthode de travail lisible et admise par ses membres, décrite dans le Règlement Intérieur, a été mise en place.

Lors de la mise en place d'événements de type conférences, débats, ciné-débats... tous les établissements et associations partenaires peuvent participer en mettant à disposition des locaux, buffets et/ou autres moyens pour construire au mieux ces événements.

## **ARTICLE 3 : LA DIRECTION ET LES ASTREINTES ADMINISTRATIVES**

### **3.1 – L'organisation de la direction**

Dans le cadre de la direction commune avec le Centre Hospitalier de GAILLAC, le Directeur est unique pour les Centres Hospitaliers d'ALBI et de GAILLAC. Quant aux Directeurs adjoints, ils assurent leurs missions chacun dans leur domaine fonctionnel, sur les 2 sites de la direction commune.

L'organigramme de direction et la délégation de signature détaillent l'organisation ainsi que les missions et les attributions.

La mise en place de la direction commune avec le CH de GRAULHET au 01/01/2018 s'appuiera sur un directeur-délégué de site, membre de l'équipe de direction, et en interaction avec les autres directeurs-adjoints.

### **3.2 – Les astreintes administratives**

L'astreinte de direction répond au principe de continuité du service public et à la nécessité d'assurer la permanence de la fonction de direction. Elle permet de faire face en toutes circonstances aux urgences relevant du fonctionnement du service public hospitalier et d'assurer la continuité des organisations.

L'astreinte de direction est assurée par les membres de l'équipe de direction (directeur, directeurs-adjoints dont directeur des soins). L'astreinte de direction couvre les sites du CH d'ALBI et de GAILLAC.

Un planning prévisionnel des astreintes est établi et diffusé par le secrétariat de direction du CH d'ALBI. L'astreinte de direction est joignable via le standard du CH d'ALBI.

## **CHAPITRE III – ORGANISATION INTERNE ET GOUVERNANCE PAR POLE**

### **ARTICLE 1 : LES POLES D'ACTIVITE**

Le pôle est un regroupement de services et de structures internes assurant des missions de même nature.

Les pôles du Centre Hospitalier d'ALBI sont au nombre de 6 :

- le pôle Médecine
- le pôle Chirurgie-Anesthésie
- le pôle Femme-Mère-Enfant
- le pôle Gériatrie
- le pôle Urgences-Réanimation
- le pôle Médico-technique

### **1.1 – Le pôle Médecine**

Il est composé des structures internes suivantes :

- Cardiologie – USIC- Cardiologie interventionnelle
- Unité transversale d'Endocrino-Diabétologie
- Médecine Interne – Gastrologie-Entérologie- Infectiologie
- Neurologie - UNV
- Pneumologie
- Unité de Prévention Sanitaire- Permanence d'accès aux soins de santé
- Unité sanitaire (UCSA)
- Oncologie (HC et HJ)
- Hospitalisation A Domicile
- Hospitalisation de jour
- Addictologie – Tabacologie
- Douleur – Soins palliatifs
- Dermatologie
- Service de Soins Infirmiers à Domicile

### **1.2 – Le pôle Chirurgie-Anesthésie**

Il est composé des structures internes suivantes :

- Anesthésiologie – SSPI
- Chirurgie Orthopédique
- Chirurgie Viscérale
- Bloc opératoire
- Unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoire (UCAA)
- UPO

### **1.3 – Le pôle Femme-Mère-Enfant**

Il est composé des structures internes suivantes :

- Chirurgie Gynécologique
- Obstétrique
- Pédiatrie-Néonatalogie
- Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)

### **1.4 – Le pôle Gériatrie**

Il est composé des structures internes suivantes :

- Etablissement d'Hébergement et d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Unité de Soins de Longue durée (USLD)
- Unité Mobile de Gériatrie (UMG)
- Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) jusqu'au 31.12.2017
- Court Séjour Gériatrique

### **1.5 – Le pôle Urgences-Réanimation**

Il est composé des structures internes suivantes :

- Urgences/UHCD
- UPEGREX-CRRA-SAMU-SMUR
- CESU
- Réanimation polyvalente - Soins continus
- Coordination Hospitalière des prélèvements d'organes

## **1.6 – Le pôle Médico-technique**

Il est composé des structures internes suivantes :

- Laboratoire
- Médecine Nucléaire
- PUI : Pharmacie - Stérilisation Centrale
- Imagerie médicale
- Equipe Opérationnelle en Hygiène
- Département d'Information Médicale

## **ARTICLE 2 : LE CHEF DE POLE**

### **2.1 - Nomination**

Les chefs de pôles d'activité clinique sont choisis parmi les praticiens hospitaliers, les praticiens contractuels et les praticiens contractuels associés. Ils sont nommés par le Directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, pour 4 ans renouvelables. En cas de désaccord, le Directeur nomme les chefs de pôle de son choix. Il peut être mis fin à leur mandat, à tout moment dans l'intérêt du service ou à leur demande, dans les mêmes conditions.

### **2.2 - Compétences**

Le chef d'un pôle d'activité clinique met en œuvre au sein du pôle la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle. Cette autorité fonctionnelle s'insère dans l'organigramme hiérarchique du pôle :

- Sous l'autorité du Directeur, avec lequel il signe un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique, du Président de la Commission Médicale d'Etablissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical.
- Sur l'ensemble des personnels du pôle afin de mener à bien sa politique de gestion et d'assurer le bon fonctionnement du pôle.

Le chef de pôle met en place le cas échéant un conseil de pôle selon la forme et les modalités qu'il choisit et qui lui paraissent les plus adaptées. Il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au Directeur d'établissement.

Le chef de pôle est membre de droit de la CME.

## **ARTICLE 3 : LE CONTRAT DE POLE ET LE PROJET DE POLE**

### **3.1 – Le projet de pôle**

Le projet de pôle est élaboré par le praticien chef de pôle, en cohérence avec le projet médical, le CPOM et les orientations du projet médical partagé du GHT et le projet régional de santé.

Le projet de pôle définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes, et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs assignés au pôle.

Il prévoit l'organisation et les moyens qui en découlent.

Le projet de pôle définit notamment les orientations et les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'organisation des soins.

### **3.2 – Le contrat de pôle**

Le contrat de pôle est signé pour une durée de 3 ans entre le directeur et le chef de pôle. Il est soumis à un avis préalable du président de CME afin de vérifier la cohérence avec le projet médical. Il fait l'objet d'une concertation en directoire.

Il décrit notamment les objectifs stratégiques, les objectifs d'activité, et les objectifs en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que les moyens attribués au pôle.

Le contrat est assorti d'indicateurs de résultat qui permettent d'évaluer la réalisation des objectifs.

Il définit le champ et les modalités de la délégation de gestion donnée au chef de pôle.

#### **ARTICLE 4 : LE CADRE DE POLE**

Le Directeur nomme les cadres de pôle, sur proposition du chef de pôle.

Le cadre de santé de pôle assiste le chef de pôle pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de ses compétences. Il traite l'ensemble des questions liées à la gestion des personnels non médicaux. Il participe à la gestion générale du pôle ainsi qu'à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet de pôle et du contrat de pôle. Il organise l'encadrement au sein du pôle.

Il est membre de droit du bureau de pôle et du conseil de pôle ou de l'organe de représentation du pôle. Le cadre de santé de pôle est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur des soins.

Le cadre de santé de pôle exerce une autorité hiérarchique sur les cadres de santé des structures internes composant le pôle.

#### **ARTICLE 5 : LE DIRECTEUR REFERENT DE POLE**

Le Directeur référent est membre de droit du Conseil de pôle quand il existe.

Il travaille en étroite collaboration avec le chef et le cadre du pôle. Il participe à l'organisation du pôle dans le respect des orientations générales de l'établissement figurant dans le projet d'établissement et joue un rôle d'« interface » avec les autres directions fonctionnelles.

Il est associé à la réflexion et aux décisions relatives à l'organisation et aux coopérations à mener avec les autres pôles. Il veille à la cohérence des projets du pôle avec le projet d'établissement et les autres projets de pôle. Il participe à la négociation du contrat de pôle et il aide à la préparation des différents dossiers du Pôle à présenter aux Instances.

Il analyse avec le chef et le cadre de pôle, en lien avec le contrôleur de gestion, les directions fonctionnelles et les acteurs du pôle concernés, les écarts entre les prévisions et les résultats en matière d'activité, de recettes et de dépenses. Il suit la mise en œuvre du contrat et participe, avec le chef et le cadre du pôle, à la présentation du bilan d'exécution du contrat devant le Directoire.

#### **ARTICLE 6 : LE RESPONSABLE DE STRUCTURE INTERNE**

Les pôles cliniques sont constitués de structures internes.

Le mandat des responsables de structures internes est de 4 ans. Il est renouvelable.

Les responsables de structures internes sont nommés par le Directeur, sur proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, après avis du chef de pôle. Il peut être mis fin à leur mandat, dans l'intérêt du service sur la seule décision du Directeur.

Chaque praticien responsable d'une structure interne, en collaboration avec les praticiens hospitaliers de cette structure, met en œuvre les missions déléguées par le pôle afin de parvenir à la réalisation des objectifs communs fixés institutionnellement. Dans la gestion quotidienne, le chef de pôle peut lui déléguer :

- L'organisation de la permanence des soins médicaux et l'élaboration, pour sa structure, des tableaux de service prévus par la réglementation,
- Des missions transverses touchant à l'organisation du pôle.

#### **ARTICLE 7 : CONCERTATION AU SEIN DU POLE / CONSEIL DE POLE**

L'obligation de constituer un conseil de pôle n'est plus réglementaire. Les pôles décrivent la gouvernance interne (conseil de pôle, bureau élargi, restreint, etc.) qu'ils mettent en place dans les contrats de pôle.

### **CHAPITRE IV - ORGANISATION DES SOINS ET FONCTIONNEMENT MEDICAL**

#### **ARTICLE 1 : CODE DE DEONTOLOGIE MEDICAL ET REGLES PROFESSIONNELLES**



Le code de déontologie médical, défini par la réglementation, s'applique aux praticiens de l'établissement.

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

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

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

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

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

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

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

Outre les médecins, les pharmaciens sont, de par la loi, soumis à un code de déontologie, et, les infirmiers, à des règles professionnelles.

## **ARTICLE 2 : RESPONSABILITE MEDICALE ET PROFESSIONNELLE**

Les médecins hospitaliers et les professionnels de l'établissement sont couverts, dans l'exercice de leur fonction, par l'assurance responsabilité civile du centre hospitalier d'ALBI. Cette couverture assurancielle couvre notamment le risque médical et les fautes dites de service.

Les médecins hospitaliers peuvent être amenés, à la demande de la direction de l'établissement, à produire des documents ou à participer à des missions d'expertise pour la défense du centre hospitalier, dans le respect du code de déontologie médicale.

La responsabilité personnelle des professionnels est engagée en cas de faute détachable du service. Les juridictions de l'ordre judiciaire sont alors seules compétentes pour la caractériser et la sanctionner.

## **ARTICLE 3 : PERMANENCE DES SOINS**

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la sécurité des patients et la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux.

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical :

- Assurent le service quotidien de jour, du matin et d'après-midi, du lundi au samedi matin inclus (visite médicale quotidienne, examens et soins des malades hospitalisés, soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et autres produits relevant des pharmaciens) ;
- Participent au service des samedis après-midi, dimanche et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés.

Ils sont par ailleurs tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors des horaires de tableau de service, conformément au plan d'accueil des malades et blessés en urgence.

Les tableaux de gardes et astreintes sont établis le **20 du mois M-1** par les praticiens et soumis à la signature du directeur de l'établissement qui en assure la diffusion tant interne qu'externe.

Toute modification des tableaux de gardes et astreintes doit être communiquée sans délai à la direction.

Les tableaux de gardes et astreintes sont consultables sur Intranet.

Par ailleurs, concernant les congés, les médecins doivent transmettre à la direction :

- Le prévisionnel des congés d'été pour le 31 mars ;
- Le prévisionnel des congés de fin d'année pour le 15 octobre.

La COPS définit annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins. Ses attributions sont précisées par la réglementation. Le fonctionnement de la COPS est défini dans son règlement intérieur.

Un règlement intérieur des astreintes médicales est mis en place.

## **ARTICLE 4 : ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS AU SEIN de L'HOPITAL**

### **4.1 Conditions d'exercice de l'activité libérale**

Sous réserve que l'exercice de cette activité n'entrave pas l'accomplissement des missions de service public, les médecins hospitaliers exerçant à temps plein, qui en font la demande, peuvent être autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale sous forme de consultations, de soins en hospitalisation ou d'actes médico-techniques.

Les conditions de cette activité sont fixées par le code de la santé publique. Elles comprennent notamment les conditions suivantes :

- les praticiens doivent exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le service hospitalier public ;
- l'activité libérale ne doit pas excéder 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;
- le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Les modalités d'application de la réglementation dans l'établissement sont décrites dans une charte de l'activité libérale, arrêtée par le directeur (cette charte sera élaborée en 2018, c'est une obligation qui date d'avril 2017).

Cette activité s'effectue dans le cadre d'un contrat soumis à un réexamen périodique. Les demi-journées consacrées à l'activité libérale doivent figurer au tableau de service prévisionnel.

La commission d'activité libérale est chargée de veiller à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires régissant cette activité ainsi qu'au respect des clauses des contrats d'activité libérale.

Les praticiens exerçant une activité libérale s'acquittent d'une redevance auprès de l'hôpital en contrepartie du service rendu par l'établissement au praticien, autorisé à percevoir une rémunération à l'acte tout en bénéficiant des installations et du personnel de l'établissement.

Aucun lit, ni aucune installation médico-technique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

#### **4.2 Information et consentement des patients**

La prise en charge au titre de l'activité libérale relève d'un choix des patients, qui doivent être pleinement informés, en amont, de ce fait, de leur droit de refuser et d'être pris en charge en secteur public, et des conséquences de la prise en charge en activité libérale. Cette information doit être faite dès la prise de rendez-vous et être complétée d'un affichage dans les salles d'attente conforme à la réglementation.

S'ils sont hospitalisés, leur consentement écrit doit être recueilli.

Les praticiens doivent garantir la neutralité de l'orientation entre activité libérale et activité publique en termes de prise en charge.

#### **ARTICLE 5 : CORPS MEDICAL**

Le corps médical du Centre Hospitalier d'ALBI se compose de :

- Praticiens hospitaliers temps plein
- Praticiens hospitaliers temps partiel
- Praticiens cliniciens temps partiel
- Assistants temps partiel et temps plein
- Praticiens attachés
- Praticien attaché associé.

Les conditions de recrutement, les procédures de nomination et les fonctions respectives sont détaillées dans le code de la santé publique (art. R6152 à R6154).

Depuis décembre 2007, le Centre National de Gestion (CNG) assure la gestion des praticiens hospitaliers et organise les concours.

### **Fonctions des internes**

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

Dans les services médico-techniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic.

Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques. Les internes participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour.

Au centre hospitalier d'Albi, il existe un contrat d'engagement pour les internes exerçant dans le service des urgences, ainsi qu'un livret d'accueil des internes et le règlement intérieur de l'internat.

### **ARTICLE 6 : COORDINATION DES SOINS DISPENSES AUX PATIENTS**

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourent à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de la qualification et des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés le cas échéant à dispenser et d'une manière générale, du devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement.

Le service de soins accueille les personnes soignées en hospitalisation.

Dans chaque service de soins, un cadre de santé assure la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins ou des examens.

Les personnels qualifiés (infirmiers, manipulateurs en radiologie, masseurs-kinésithérapeutes...) accomplissent les soins relationnels, techniques et/ou les examens, ainsi que tous les soins nécessaires au confort des patients.

Ils sont assistés dans cette tâche, par d'autres professionnels (aides-soignants, ...) qui participent aux soins d'hygiène et de confort de la personne soignée.

Les agents de service hospitaliers accomplissent les tâches d'entretien et d'hygiène des locaux.

### **ARTICLE 7 : PHARMACIE A USAGE INTERIEUR (PUI)**

La gérance de la pharmacie à usage intérieur (PUI), est assurée par un pharmacien désigné par le Directeur. Il est responsable du respect des dispositions ayant trait à l'activité pharmaceutique.

La comptabilité matière de la pharmacie est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité, hors de tout maniement de fonds.

Le pharmacien exerçant au sein de la PUI doit exercer personnellement sa profession.

Il peut se faire aider par les préparateurs en pharmacie ainsi que par d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont attachés à la pharmacie à raison de leurs compétences.

La PUI est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement et notamment :

- D'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments et autres produits pharmaceutiques ainsi que des dispositifs médicaux stériles, et d'en assurer la qualité ;
- De mener ou de participer à toute action d'information sur ces produits, ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux ;
- De mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

La PUI vise à fonctionner conformément aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

### **ARTICLE 8 : DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE (DIM)**

L'Unité d'Information Médicale (UIM) du CH d'ALBI fait partie du Département d'Information Médicale (DIM) du Groupement Hospitalier de Territoire Cœur d'Occitanie (DIM-T). Au sein du DIM-T, un médecin référent du CH d'ALBI est identifié, qui est responsable de l'UIM.

Dans le cadre du règlement intérieur du DIM-T, l'UIM du CH d'ALBI est chargée de la gestion des données médicales de l'établissement. Elle a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information.

Le médecin référent est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation. Il participe à la conception du système d'information médicale intégré au système d'information de l'établissement. Il est associé à la conception du schéma directeur informatique de l'établissement. Il assiste les médecins dans leur réflexion sur la qualité des soins, notamment par l'accès aux bases de données médicales qu'il constitue. Il est garant du respect des règles relatives à la confidentialité des informations médicales nominatives, ainsi qu'à la propriété intellectuelle des médecins sur leurs travaux de recherche, comme de celles du code de déontologie.

## **CHAPITRE V – SECURITE ET HYGIENE**

### **ARTICLE 1 : FINALITE ET PORTEE DES REGLES**

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité de fonctionnement) ont pour objectif 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 ;
- Assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens ;
- 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'établissement, le directeur édicte ces règles par voie de notes de service portant règlement intérieur spécifique et recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein du centre hospitalier d'ALBI, 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.

Dans la mesure où les conventions qui lient l'hôpital à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes.

### **ARTICLE 2 : SECURITE GENERALE**

#### **2.1 - Accès au Centre Hospitalier d'ALBI**

L'accès dans l'enceinte de Centre Hospitalier d'ALBI est réservé aux usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leur fonction. Le Directeur peut faire appel sur réquisition écrite à l'intervention de la police municipale pour faire respecter les accès ambulances, pompiers, les parkings handicapés.

#### **2.2 - Calme au sein de l'hôpital**

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

#### **2.3 - Matériels de sécurité générale**

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéo surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique peut être décidé dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel. Il doit par ailleurs rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'installation, le fonctionnement et l'exploitation des matériels de vidéo surveillance doivent observer les dispositions de la loi et des textes pris pour son application.

## **2.4 - Règles de responsabilité**

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Le Centre Hospitalier d'ALBI assure en cas de violences, menaces, voies de fait, injures, diffamations ou 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.

Les victimes de ces dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital. Il peut déléguer un agent de l'établissement pour aller porter plainte.

Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le directeur, en application du code de procédure pénale, peut porter les faits à la connaissance du Procureur de la république dans la mesure où ces faits paraissent constituer un délit.

## **2.5 - 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. Il avise la gendarmerie en cas de mort violente ou suspecte.

## **2.6 - Rapports avec les autorités de police et de gendarmerie**

Seul le Directeur a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police et de gendarmerie.

Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du site une intervention de police, l'autorité de gendarmerie appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête de gendarmerie, le Directeur 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 tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des malades et d'une manière générale des droits du citoyen ;

## **2.7 - Circonstances exceptionnelles**

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. Le CHSCT en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

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

En cas de péril grave et imminent pour le site, pour son personnel ou pour un ou plusieurs 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 cas de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence 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.

## **ARTICLE 3 : SECURITE DE FONCTIONNEMENT**

### **3.1 - Gestion des risques**

Le Directeur et ses adjoints prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité, protéger la santé et l'intégrité des malades et des personnes autres fréquentant le Centre Hospitalier d'ALBI.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, ils définissent et mettent en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées. Ils informent régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention.

Ils organisent la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

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



### **3.2 - Personnel technique et continuité de service**

Suivant les instructions du Directeur, et dans les domaines relevant de leurs compétences réciproques, les directions concernées organisent la continuité du service sur le plan technique afin que l'Hôpital puisse faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité de fonctionnement. Elles désignent respectivement les agents qui assurent ces interventions.

### **3.3 - Sécurité incendie**

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

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules de sapeurs-pompiers, au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être scrupuleusement respectées, à savoir :

- La conduite à tenir en cas d'incendie ;
- Les modalités d'évacuation notamment dans les locaux d'hospitalisation ;
- Les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et des liquides inflammables ;
- La vacuité permanente des itinéraires d'évacuation ;
- L'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction ;
- L'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques ;
- L'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés.

### **3.4 - Interdiction de fumer**

Par mesure de santé publique, d'hygiène et de sécurité, et conformément à la réglementation, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier.

Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité, y compris dans les lieux de vie et secteurs d'hébergement (unité de soins de longue durée et EHPAD).

Elle s'applique aussi dans les bureaux individuels et dans les chambres des patients et des résidents.

Conformément au décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006, il est interdit pour les résidents des EHPAD de fumer à l'intérieur de l'établissement. Pour des raisons de sécurité, il est interdit de fumer dans les chambres.

Tout contrevenant, membre du personnel, patient, résident ou visiteur, s'expose à des sanctions disciplinaires ou pénales en cas de manquement à cette interdiction.

### **3.5 - Interdiction de vapoter**

Par extension des dispositions réglementaires applicables dans certains lieux publics et espaces collectifs à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2017, il est strictement interdit de vapoter dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier.

Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité, y compris dans les lieux de vie et secteurs d'hébergement (unité de soins de longue durée et EHPAD).

Elle s'applique aussi dans les bureaux individuels et dans les chambres des patients et des résidents.

## **ARTICLE 4 : CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES VEHICULES**

### **4.1 - Circulation**

Les voies de dessertes établies dans l'enceinte du Centre Hospitalier d'ALBI constituent des dépendances du domaine privé ouvert au public. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public hospitalier.

Les dispositions du code de la route, matérialisées ou non par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte du Centre Hospitalier d'ALBI.

Toutefois, le Directeur peut définir des règles spécifiques de circulation et de stationnement des automobiles et réglementer l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public, sa maintenance et sa protection.

La vitesse est limitée à 20 km/h.

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

La priorité est donnée aux patients et aux résidents qui sont appelés à circuler librement dans l'établissement.

Il est recommandé d'être particulièrement vigilant au regard des déplacements des personnes à mobilité réduite ainsi que les patients/résidents circulant en fauteuil roulant.

### **4.2 - Stationnement**

Le stationnement dans l'enceinte du Centre Hospitalier d'ALBI est interdit en dehors des emplacements matérialisés.

Certaines voies d'accès, réservées pour l'intervention des secours extérieurs, sont signalées ; aucun stationnement n'est toléré sur ces voies ainsi que sur les zones matérialisées au sol par des zébrures jaunes et blanches.

Des places réservées aux personnes à mobilité réduite sont également matérialisées.

Lors des livraisons dans l'établissement, la circulation ne doit pas être entravée.

L'accès et le stationnement dans l'enceinte de l'établissement sont autorisés aux :

- Ambulances et VSL
- Véhicules de secours
- Véhicules des personnels munis de télécommande
- Véhicules de service et ceux de fournisseurs ou d'entreprises intervenant dans l'hôpital
- Véhicules de personnes accompagnant les hospitalisés et de consultants (parking payant)

Les places réservées doivent être respectées.

Des aires de stationnement sont en outre réservées à certains personnels :

- Parking Pastourelle pour les médecins (accès par carte)
- Parking Merville, accessible par carte individuelle délivrée par la DRH selon des critères arrêtés institutionnellement

### **4.3 - Responsabilité**

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

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

### **4.4 - Sanctions**

La direction du Centre Hospitalier d'ALBI se réserve le droit de faire appel sur réquisition écrite aux services de la police municipale, à la fourrière, pour faire déplacer les véhicules dont le stationnement entraverait la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier, ainsi que tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave aux frais du propriétaire du véhicule.

Le non-respect des prescriptions citées par le personnel du CHA ci-dessus est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

## **CHAPITRE VI : AMELIORATION DE LA QUALITE**

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le centre hospitalier d'ALBI définit et met en œuvre une politique adéquate, évalue son activité et se soumet aux procédures d'évaluation, dont la procédure de certification pilotée par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le secteur sanitaire et les évaluations externe et interne pour le secteur médico-social.

### ***ARTICLE 1 : MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE QUALITE***

Elle est un élément essentiel du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité.

Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels et sa mise en œuvre constitue un élément de leur évaluation professionnelle.

L'amélioration continue de la qualité est le résultat de démarches internes conduites par les personnels. Elle repose sur l'existence d'un système de gestion de la qualité.

Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes. Les professionnels sont tenus de signaler les événements indésirables dont ils ont connaissance, selon les procédures en vigueur dans l'établissement.

Le service qualité gestion des risques :

- Recense les différentes démarches d'amélioration menées dans l'ensemble des services de l'hôpital ;
- Impulse les nouvelles démarches rendues obligatoires réglementairement ou nécessaires ;
- Sélectionne des thèmes prioritaires déterminés par les plans d'actions d'amélioration de la qualité résultant des revues de processus des auto-évaluations, visites de certification, des résultats de la satisfaction patients et des avis et propositions émis par la CDU;
- Suit l'avancée des actions et les fédère.

La politique qualité est formalisée et accessible dans la gestion documentaire.

### ***ARTICLE 2 : ORGANISATION DE LA DEMARCHE DE CERTIFICATION ET DES EVALUATIONS***

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient. Cette procédure donne lieu à la visite d'experts-visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La démarche s'inscrit dans une dynamique qui prône d'une part un processus professionnel de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs, et d'autre part, une démarche d'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus.

La procédure de certification des établissements de santé concerne l'ensemble de leur fonctionnement et prend en compte les mesures prises pour assurer le respect des droits des malades et les résultats obtenus à cet égard.

Le déroulement de cette procédure s'appuie en interne sur une organisation institutionnelle, reposant sur des équipes pluridisciplinaires qui se coordonnent de façon transversale. Le fonctionnement de la cellule de coordination de la qualité et de la sécurité des soins est décrit dans le chapitre sur les commissions.

Les évaluations interne et externe du secteur médico-social » portent sur les deux secteurs EHPAD et SSIAD.

### **ARTICLE 3 : GESTION DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS**

#### **3.1 - Gestion des réclamations et des plaintes**

Le patient/résident, son représentant légal ou ses ayants droits peuvent faire part au directeur de leurs observations et s'il y a lieu de leurs réclamations ou plaintes. Ils sont mis en mesure d'exprimer leurs griefs de façon écrite et orale.

La procédure de gestion des plaintes et des réclamations est formalisée et accessible dans la gestion documentaire.

Le Directeur accuse réception des demandes et réclamations formulées par écrit. Tenu de fournir les explications sollicitées et de répondre aux demandes formulées, il peut soit y procéder directement en informant l'utilisateur de la faculté de saisir le médiateur compétent de la CDU, soit saisir lui-même le médiateur avec information de l'utilisateur.

Le médiateur saisi rencontre l'utilisateur dans les 8 jours et adresse le compte-rendu de cette rencontre dans les 8 jours suivants au directeur. Ce dernier transmet le compte-rendu du médiateur aux membres de la CDU et au plaignant. La commission formule des recommandations pour régler le litige ou émet un avis de classement. Dans les 8 jours suivant la séance, le directeur répond au plaignant en y joignant l'avis de la CDU.

Si le patient/résident ou ses ayants droits estiment dommageable à leur égard la prise en charge par l'hôpital, ils peuvent formuler une demande d'indemnisation soit auprès du directeur, soit auprès de la CRCI, soit directement auprès de la juridiction compétente.

Le Directeur, saisi d'une réclamation ou plainte, est tenu de faire connaître les voies de recours ouvertes.

La saisine de la CDU ne constitue pas un préalable obligatoire à une démarche auprès de la CRCI ou à une requête devant les tribunaux.

### **3.2 - Réparation des dommages sanitaires par la Commission Régionale de Conciliation et Indemnisation (CRCI)**

Toute personne ou le cas échéant son représentant légal s'estimant victime d'un dommage résultant d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, et le ou les ayants droits de la victime décédée, peuvent saisir le tribunal administratif pour faute imputable à l'établissement de santé ou pour infection nosocomiale sans cause étrangère à l'établissement.

La CRCI a été créée pour faciliter à titre principal le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales.

La CRCI compétente pour les demandes d'indemnisation concernant l'hôpital d'ALBI est :

CRCI MIDI-PYRENEES  
50 rue Nicot  
33000 BORDEAUX

# TITRE II – DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

---

## CHAPITRE I – ADMISSIONS

L'article L. 6112-2 du Code de la Santé Publique fait obligation aux établissements hospitaliers d'accueillir sans discrimination toute personne dont l'état de santé requiert leurs services.

### **ARTICLE 1 : ADMISSION**

L'admission à l'Hôpital est prononcée par le Directeur ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement. En pratique, toutes les admissions au Centre Hospitalier de ALBI sont réalisées par un médecin hospitalier (par délégation).

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

#### Admissions par le biais du service des urgences

En cas d'urgence, l'admission est prononcée même en l'absence de tout élément d'état-civil ou de couverture sociale.

Le service des urgences assure les soins urgents s'il y a lieu, établit un premier diagnostic dont dépendra l'orientation du malade. Les modalités de transfert à partir du service des urgences sont décrites dans le règlement intérieur des urgences. Les familles doivent être prévenues au plus tôt, sauf opposition du patient.

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

#### Admission directe dans les services :

L'admission directe est demandée par un médecin traitant ou un médecin consultant de l'établissement, courrier à l'appui.

L'admission directe est réalisée par un médecin hospitalier du service.

Les familles doivent être prévenues au plus tôt, sauf opposition du patient.

Tout malade dont l'admission est prononcée et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer l'attestation traduisant expressément son refus et certifiant que toutes les explications lui ont été données. A défaut, un procès-verbal est dressé par les témoins du refus.

## **ARTICLE 2 : PRINCIPE DU LIBRE CHOIX DU PATIENT**

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence, les contraintes liées à l'organisation du service, conformément aux tableaux de service, et par les disponibilités en lits de l'établissement.

## **ARTICLE 3 : REGIME D'HOSPITALISATION**

Le Centre Hospitalier d'ALBI dispose de deux régimes d'hospitalisation : le régime commun et le régime particulier.

- Le régime commun est applicable aux personnes hospitalisées séjournant en chambre à plusieurs lits ou en chambre seule pour des raisons médicales ;
- Le régime particulier appliqué aux personnes hospitalisées demandant à disposer d'une chambre répondant à certains critères de confort (chambre seule). Les frais de séjour sont alors majorés d'un supplément qui peut être pris en charge par les assurances complémentaires.

L'admission dans le cadre d'une prise en charge en soins palliatifs ne donne pas lieu à facturation du régime particulier.

Les malades peuvent être admis sur leur demande, avec l'accord du médecin intéressé, dans le secteur libéral des médecins à plein temps autorisés à pratiquer une activité privée d'hospitalisation.

Lorsque les malades optent pour une hospitalisation dans le secteur privé, l'option est formulée par écrit, dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant, après que l'intéressé ait pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix.

En principe, aucun malade ne peut être transféré dans le secteur privé s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur public, ni être transféré dans le secteur public s'il a été admis dans le secteur libéral. Le transfert d'un secteur à l'autre peut toutefois, à titre exceptionnel, être autorisé par le Directeur sur la demande motivée du malade ou de ses ayants droit et après avis du responsable de structure interne.

Un patient hospitalisé en secteur privé peut bénéficier, si besoin est, d'interventions de praticiens publics dans d'autres disciplines.

L'admission en soins palliatifs ne donne pas lieu à facturation du régime particulier.



#### **ARTICLE 4 : PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HOSPITALISATION**

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme d'assurance maladie dont ils relèvent.

Le forfait journalier et le ticket modérateur restent en principe à la charge de la personne hospitalisée. Ces derniers peuvent cependant faire l'objet d'un remboursement par les organismes mutualistes selon les dispositions de la convention régissant les rapports en matière de prise en charge du forfait hospitalier et du ticket modérateur, entre les mutuelles et leurs adhérents, voire les mutuelles et les établissements.

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME) doivent être munis d'une attestation ou, à défaut, de tous documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation dans les conditions prévues par la réglementation.

Les bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration pendant leur hospitalisation.

Si le malade admis dans l'établissement ne relève d'aucun organisme de prise en charge (assurance maladie, CMU, AME, autre assurance).»

Si le malade admis dans l'établissement ne relève d'aucun organisme de prise en charge (assurance maladie, CMU, AME, autre assurance), il peut lui être demandé de déposer, auprès du régisseur, le montant d'une provision correspondant à la durée prévue de son hospitalisation. Ce versement doit être effectué lors de l'admission et viendra en déduction du titre de recettes correspondant au séjour. A défaut, il devra signer l'engagement de payer avec présentation d'une pièce d'identité. Si la situation sociale du patient le nécessite, il convient de prévenir l'assistance sociale.

- Conditions de participation financière et de facturation (en EHPAD):

Le prix de journée d'hébergement et de dépendance est fixé annuellement par le président du conseil départemental sur proposition du directeur. Ce prix comprend l'hébergement complet du résident.

Les conditions sont détaillées dans le règlement de fonctionnement ainsi que dans le contrat de séjour de l'établissement.

#### **ARTICLE 5 : ACCES AUX SOINS DES PERSONNES DEMUNIES**

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

Au besoin, ces personnes sont orientées vers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au

système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Par ailleurs, en tant que de besoin, les patients peuvent être adressés au dispensaire de prévention sanitaire qui assure une mission de vaccination, des actions de prévention et lutte contre la tuberculose (CLAT), des actions de dépistage du VIH et autres infections sexuellement transmissibles au sein d'un CEGGID (Centre gratuit d'information dépistage et diagnostic).

#### **ARTICLE 6 : CENTRE DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE (CPEF)**

En partenariat avec le Conseil Départemental, et par voie de convention, le Centre Hospitalier d'Albi assure des actions de planification et d'éducation familiale, à savoir :

- 1° Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité ; Délivrance de produits contraceptifs aux personnes mineures et majeures sans ressources.
- 2° Diffusion d'informations et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes concernés ;
- 3° Préparation à la vie de couple et la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial ;
- 4° Entretiens préalables à l'IVG prévus par l'article L. 162-4 du CSP
- 5° Entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une IVG
- 6° Dépistage de l'infection par le VIH
- 7° Dépistage et traitement des maladies sexuellement transmissibles.

Lorsque Le CPEF est fermé, le service de gynécologie-obstétrique assure cette prestation.

#### **ARTICLE 7 : LES CONSULTATIONS EXTERNES**

Les horaires des consultations externes de chaque médecin sont disponibles au secrétariat de chaque service.

De même, les consultations externes effectuées dans le cadre de l'activité libérale par les praticiens ont des horaires bien définis. Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions particulières que pour les hospitalisations dudit secteur.

#### **ARTICLE 8 : LES FEMMES ENCEINTES**

Le Directeur ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission d'une femme enceinte ou récemment accouchée, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement et dans le mois qui suit l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

Si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, dans les conditions prévues par l'article L.222-6 du Code de la famille et de l'aide sociale, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise. Le Directeur doit alors informer de cette admission le Président du Conseil Général responsable de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Par ailleurs, l'intéressée est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et des délais et conditions sous lesquels l'enfant peut être repris. De plus, une information sur l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire doit être fournie. L'intéressée est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité. Il sera conservé par le Président du Conseil Général. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par l'intermédiaire du Conseil National pour l'accès aux origines personnelles. Elle est également informée qu'elle peut à tout moment donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance.

### **ARTICLE 9 : LES MINEURS**

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

L'admission du mineur, régulièrement autorisée, implique l'acceptation d'un programme thérapeutique élaboré par un médecin du service. Toutefois, en cas d'intervention chirurgicale, l'autorisation écrite des parents ou du détenteur de l'autorité parentale est exigée.

En cas de refus ou d'impossibilité (éloignement, inconscience, etc.) de signer cette autorisation, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale en dehors des cas d'urgence. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir son consentement :

**En cas d'urgence non vitale** : le médecin responsable de structure interne peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

**En cas d'urgence vitale** : le médecin peut pratiquer toute intervention ou soins. Pour ce faire, deux médecins établissent un certificat médical attestant de l'urgence de l'intervention, accompagné d'un rapport circonstancié.

Lorsque le mineur relève d'un service d'aide sociale à l'enfance, le Directeur adresse dans les quarante-huit heures de l'admission au service concerné le certificat confidentiel du médecin responsable de structure interne indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

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

Le Directeur, à la demande des médecins, peut autoriser le père ou la mère à demeurer auprès de son enfant, dans la mesure où les conditions d'hospitalisation le permettent.

## **ARTICLE 10 : LES PRISES EN CHARGE PARTICULIERES**

### **10.1 - Etrangers**

Les étrangers sont admis au Centre Hospitalier d'ALBI dans les mêmes conditions que les ressortissants français. Ils doivent, s'ils ne fournissent pas un justificatif de prise en charge par un organisme de protection sociale, verser une provision pour frais d'hospitalisation ou signer un engagement de payer avec présentation d'une pièce d'identité.

Les étrangers ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne affiliés à l'organisme de santé de leur pays d'origine bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

### **10.2 - Majeurs protégés**

#### Détection

En cas de carence familiale ou à la demande de la famille et quand l'altération des facultés mentales d'une personne physique présente un caractère durable risquant de compromettre ses intérêts civils, différentes mesures de protection de la personne peuvent être envisagées. Cette situation doit être attestée par un certificat médical, en vue de la mise en œuvre d'une mesure de protection juridique adaptée.

Cette mesure peut être :

- La sauvegarde de justice, qui fait l'objet d'une inscription auprès du greffe du Tribunal d'Instance ;
- La curatelle et la tutelle, régimes de protection plus stricts prononcés par le juge des tutelles.

#### Soins

Le médecin qui dispense des soins à une personne majeure protégée doit tenir compte du régime du patient et de la nature de l'acte médical envisagé. Le consentement du patient doit être recherché dans tous les cas.

Si le majeur est placé **sous sauvegarde de justice**, le seul consentement du majeur suffit pour toute admission ou intervention chirurgicale le concernant. Il est toutefois souhaitable d'informer le juge des tutelles du tribunal d'Instance du lieu de domicile du majeur sous sauvegarde.

Le majeur **sous curatelle** consent seul aux soins dont il a besoin et le consentement de son curateur n'a pas à être recherché. Il peut toutefois être utile que le curateur soit désigné en qualité de personne de confiance afin de pouvoir mieux accompagner la personne concernée dans la démarche de soins et garantir une meilleure continuité de la prise en charge.

Pour les majeurs placés **sous tutelle**, sauf en cas d'extrême urgence, il convient d'obtenir au préalable l'autorisation du tuteur avant toute admission ou intervention chirurgicale ou, à défaut du juge des tutelles.

### **10.3 - Détenus**

Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du Ministre de la Justice et à la diligence du Préfet, admis dans la chambre sécurisée réservée à cet effet.

Les modalités de transport du détenu (SMUR, ambulancier privé, sapeurs-pompiers, escorte policière seule) sont déterminées par le SAMU en fonction de l'état du patient. Le transport a toujours lieu sous escorte policière.

Tout incident grave en cours d'hospitalisation d'un détenu est signalé aux autorités compétentes. Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité de police. Elles ne doivent pas entraîner de gêne pour l'exécution du service public hospitalier.

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge des soins aux détenus a été confiée aux établissements publics de santé. Afin de remplir cette mission, le Centre Hospitalier d'Albi a mis en place à la Maison d'Arrêt d'Albi (avec laquelle il a passé convention), un service appelé "Unité Sanitaire".

Les interventions du Centre Hospitalier d'Albi sont effectuées par une équipe hospitalière (personnel médical et non médical). Le Centre Hospitalier d'Albi assure l'ensemble des prestations ambulatoires relevant de la Médecine Générale, les soins dentaires et certaines consultations spécialisées.

Les consultations spécialisées qui ne peuvent être organisées en milieu pénitentiaire ainsi que les hospitalisations sont réalisées au Centre Hospitalier d'Albi ou en cabinet de ville, la sécurité des personnes relevant du personnel pénitentiaire et des forces de police.

Lorsque le détenu est hospitalisé sur un mode programmé, c'est le praticien qui a programmé l'hospitalisation qui est responsable du patient et en assure la prise en charge médicale.

Lorsque le détenu est transféré depuis les urgences, il est pris en charge par les praticiens dont relève sa pathologie. Le responsable de la structure et le cadre de santé de pneumologie sont avertis (lieu d'implantation de la chambre sécurisée).

### **10.4 - Militaires**

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

Si le Directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission au chef de corps d'affectation de l'intéressé, ou, à défaut, à la gendarmerie. Dès que l'état de santé de l'intéressé le permet, toutes mesures doivent être prises pour qu'il soit évacué sur l'hôpital des armées le plus proche. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

## **10.5 - Maladies à déclaration obligatoire**

L'admission et le séjour des patients atteints de maladies à déclaration obligatoire ont lieu dans les conditions prévues aux articles L. 3113-1 du Code de la santé publique.

## **10.6 - Infections Sexuellement Transmissibles (IST)**

L'établissement dispose d'un centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, les patients nécessitant ce type de prise en charge peuvent y être réorientés.

## **10.7 - Malades toxicomanes**

Les toxicomanes qui se présentent spontanément au Centre Hospitalier d'ALBI afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traités un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'Autorité Judiciaire ou l'Autorité Sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L. 3423-1.

## **10.8 – Patients admis sans leur consentement**

L'admission des patients hospitalisés sous contrainte et nécessitant une prise en charge somatique se fait en collaboration avec l'établissement habilité à assurer des soins psychiatriques sans consentement.

## **ARTICLE 11 : DEPOT ET RETRAIT DES OBJETS ET VALEURS**

### **11.1 - Dépôt**

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

Conformément à la réglementation une information concernant ces dépôts ainsi que le régime de responsabilité qui en découle est assurée par un agent du service. Cette information doit être délivrée suivant tout moyen écrit et oral. A cette fin, une fiche d'information est remise au patient. Une traçabilité de l'information et du dépôt ou du refus de dépôt figure dans le dossier du patient.

Par ailleurs, en EHPAD, le résident peut conserver ses biens, objets personnels et disposer de son patrimoine et de ses revenus, dans la mesure où il n'est pas sous protection juridique.

Pour les biens non déposés, le Centre Hospitalier d'ALBI ne saurait être tenu responsable en cas de perte, de vol ou de dégradation.

Si le malade ou le blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et des objets dont il est porteur, est dressé et signé par un agent du service et l'accompagnant. En l'absence d'accompagnant, un inventaire exhaustif des objets et vêtements est dressé et signé par deux agents. L'information au malade hospitalisé, ou celle de ses proches éventuellement, sera assurée dès que son état le permettra. Les valeurs mobilières, sommes d'argent, moyens de règlement ou objets de valeur, tels que définis par les articles R1113-1 et suivants du code de la santé publique doivent impérativement faire l'objet d'un dépôt auprès du régisseur de recettes de l'établissement contre délivrance d'un reçu.

L'établissement est exonéré de toute responsabilité pour les sommes d'argent et objets de valeur que le patient décide de conserver sur lui. La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Toutefois, les lunettes et les prothèses ne doivent pas faire l'objet d'un dépôt et demeurent placés sous la responsabilité du centre hospitalier.

## **11.2 - Retrait**

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade par la trésorerie d'ALBI sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

Le retrait auprès du comptable peut être effectué par le malade lui-même, par son représentant légal ou par un tiers mandaté par le malade. Le tiers mandaté par le malade doit avoir une procuration : une simple lettre manuscrite suffit si les valeurs à retirer sont inférieures à un seuil qui est actuellement fixé à 5 000 € en numéraire (cf. la circulaire interministérielle du 27 mai 1994 relative à la gestion des dépôts effectués par des personnes admises dans les établissements de santé et les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés). Au-delà l'acte de procuration doit être fait devant un notaire.

Pour les dépôts en numéraire, il est possible de demander au comptable que le paiement soit réalisé par virement bancaire en fournissant un relevé d'identité bancaire à la trésorerie d'ALBI.

En cas de décès, le retrait doit être effectué par les héritiers auprès du comptable, sur présentation du certificat d'hérédité et d'une pièce d'identité).

Si le patient/résident bénéficiait de l'aide sociale ou de l'aide médicale, le comptable devra inviter le département ou l'Etat à faire valoir ses droits sur la succession. En l'absence de réponse dans les 6 mois, les objets peuvent être remis aux héritiers.

Une exception : lorsqu'un chef de famille, admis d'urgence à l'Hôpital, détient la totalité des sommes d'argent de la famille, qui ont fait l'objet d'un dépôt d'office en raison de l'état du détenteur et de l'impossibilité où il est de pouvoir s'exprimer, le régisseur peut remettre au conjoint ou à un autre membre de la famille qui accompagne l'hospitalisé, les sommes nécessaires pour permettre aux intéressés de regagner leur domicile et de subvenir à leurs besoins jusqu'au moment où ils pourront se mettre en rapport avec le receveur hospitalier.

Si les objets n'ont pas été réclamés dans les douze mois suivant la fin du séjour :

- Les sommes d'argent, titres et valeurs mobilières sont remis à la Caisse des dépôts et consignations par le comptable ;
- Les autres biens mobiliers sont remis au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

Le patient et ses héritiers doivent être informés par le comptable de cette procédure six mois avant la cession des biens à la Caisse des dépôts et consignations ou aux Domaines. S'il n'y a pas eu de réclamation pendant cinq ans, le produit de cette cession sera versé au Trésor public. Le service des domaines peut refuser la remise de certains objets, qui deviendraient la propriété de l'établissement de santé.

## **ARTICLE 12 : ARMES ET SUBSTANCES ILLICITES**

Les armes sont interdites dans l'enceinte hospitalière. Elles seront saisies par le Directeur sur le fondement de ses pouvoirs de police et remises aux autorités de police contre récépissé.

Les substances illicites sont interdites et seront saisies par le Directeur. Elles seront remises aux autorités de police sans référence à l'identité de la personne sur laquelle elles ont été trouvées.

## **ARTICLE 13 : ACCUEIL EN URGENCE**

### **13.1 Organisation de la prise en charge en urgence**

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

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

Tout patient hébergé dans une unité n'appartenant pas au service concerné par sa pathologie est pris en charge médicalement par ce service qui confie les soins paramédicaux à l'unité d'hébergement en lui apportant au besoin son concours.

Lorsqu'un malade refuse de quitter l'hôpital après avoir reçu des soins sans que son état justifie une admission en service d'hospitalisation, il peut être, sur certificat médical, reconduit à la sortie du site ou adressé à un organisme à caractère social.

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



### **13.2 Cas des patients amenés par la police en urgence**

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu d'assurer les prises de sang et tous les autres examens figurant sur une réquisition établie en forme légale, comme il est tenu de remettre aux autorités tout objet ou vêtement précisé sur cette réquisition.

### **13.3 Intervention des personnels à proximité du site hospitalier**

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

## **CHAPITRE II - CONDITIONS DE SEJOUR**

### ***ARTICLE 1 : ACCUEIL ET LIVRET D'ACCUEIL***

#### **1.1 - Accueil**

L'accueil des personnes hospitalisées et des accompagnants doit être assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission. Le Centre Hospitalier d'ALBI a pour mission et devoir d'accueillir toutes les personnes dont l'état exige des soins hospitaliers sans discrimination. La personne hospitalisée est invitée à désigner une personne à prévenir et s'il le souhaite une personne de confiance.

#### **1.2 - Livret d'accueil**

Dès son arrivée dans un service d'hospitalisation, chaque personne hospitalisée reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations qui lui seront utiles pendant son séjour. La charte de la personne hospitalisée est incluse dans ce livret. La personne hospitalisée a la liberté de remplir un questionnaire de satisfaction qu'elle peut déposer à sa sortie (une boîte aux lettres est prévue à cet effet dans les services).

### ***ARTICLE 2 : RECEPTION DES FAMILLES***

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des personnes hospitalisées, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leur famille.

### ***ARTICLE 3 : INFORMATION ET CONFIDENTIALITE***

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

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical, telles que diagnostic et évolution de la maladie, ne peuvent être données que par les médecins, dans les conditions définies par le code de déontologie. Les renseignements courants sur l'état des personnes hospitalisées ne peuvent être fournis, qu'avec l'accord du patient et après identification de l'interlocuteur. Aucun renseignement sur l'état des personnes hospitalisées ne peut être fourni par téléphone sauf demande expresse de celles-ci.

#### **ARTICLE 4 : VISITES ET HORAIRES**

Les heures de visite sont mentionnées sur le livret d'accueil de l'établissement, elles sont organisées par les unités de soins afin de ne pas gêner l'organisation des soins, et peuvent être limitées pour des raisons médicales.

La plage horaire des visites est généralement fixée de 11h à 20h. Pour les services qui ont un fonctionnement différent, l'équipe de soins informe les visiteurs des modalités spécifiques.

Des aménagements d'horaire de visite sont possibles au cas par cas pour des situations particulières.

Les personnes hospitalisées peuvent demander au cadre de santé du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à leur chambre.

#### **ARTICLE 5 : PRESTATIONS ACCOMPAGNANT**

Selon l'état de la personne hospitalisée et les possibilités du service, un accompagnant peut rester auprès de la personne hospitalisée et bénéficier d'un lit d'appoint pour la nuit. Après en avoir averti l'équipe de soins, il peut aussi prendre ses repas en chambre avec la personne hospitalisée moyennant l'achat d'un ticket repas accompagnant auprès de l'accueil principal.

Pour des informations complémentaires, un livret d'accueil spécifique est mis à la disposition des accompagnants et de l'entourage au sein des unités de soins.

#### **ARTICLE 6 : COMPORTEMENT DES VISITEURS ET DES PERSONNES HOSPITALISEES**

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 personnes hospitalisées ou le fonctionnement du service.

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

Il est formellement interdit de fumer ainsi que d'utiliser des cigarettes électroniques, de consommer des boissons alcoolisées et des substances illicites dans l'établissement.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion de la personne hospitalisée.

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur prend, avec l'accord du médecin responsable de structure interne toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé, en assurant la continuité de la prise en charge.

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des personnes accueillies.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des personnes hospitalisées ni gêner le fonctionnement des unités des soins. Ils peuvent être invités par le personnel de soins à se retirer des chambres des personnes hospitalisées pendant l'exécution des soins.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter tout bruit intempestif par leurs conversations ou faire fonctionner des appareils sonores. Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les chambres des personnes hospitalisées des médicaments sauf accord exprès du médecin en charge du patient. Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées en désaccord avec le régime alimentaire de ces derniers.

#### **ARTICLE 7 : HYGIENE**

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

Selon leurs possibilités, les personnes hospitalisées doivent apporter à l'Hôpital leur nécessaire de toilette, leur linge et leurs effets personnels. Sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, ils conservent leurs vêtements et leurs effets personnels, dont ils doivent assumer l'entretien.

#### **ARTICLE 8 : EXERCICES DES CULTES LAICITE ET HOPITAL**

Les personnes hospitalisées peuvent librement exercer leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée au cadre de santé du service, la visite du ministre du culte de leur choix. Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes accueillies et à leurs proches.

En outre, conformément à la circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé, le libre choix exercé par le patient ne doit pas perturber la dispensation des soins, ni l'organisation du service. Un guide « Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé » est venu compléter la circulaire.

## **ARTICLE 9 : INTERVENTIONS DU SERVICE SOCIAL**

Le service social, composé d'assistants de service social, a pour mission de faciliter sous tous ses aspects la vie des patients à l'hôpital, ainsi que de rechercher et de proposer les actions nécessaires à leur accès aux soins et à leur réinsertion sociale, familiale, professionnelle ou scolaire.

A la disposition des patients, des familles et des proches, ce service participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge.

Il favorise l'accès ou le maintien aux droits sociaux et participe à la résolution des difficultés administratives ou juridiques. Il aide à la mise en place de procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Il prépare, en collaboration avec les autres intervenants, le retour et le maintien à domicile et organise si nécessaire l'admission dans une structure sanitaire et sociale adaptée à la situation particulière des patients.

## **ARTICLE 10 : DEPOTS ET GRATIFICATIONS DU PERSONNEL**

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les personnes hospitalisées, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt durant le séjour. En revanche, des dons à l'hôpital sont possibles.

## **CHAPITRE III- LES NAISSANCES**

### **ARTICLE 1 : DECLARATION DE NAISSANCE**

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée auprès du service de l'état civil dans les trois jours suivant l'accouchement.

Le père est invité à effectuer cette déclaration en s'engageant par écrit à accomplir cette formalité dans le délai légal.

En l'absence d'engagement du père, un document déclaratif est établi à cet effet sous la responsabilité de l'administration, suivant les indications données par la mère de l'enfant nouveau-né. Un exemplaire de ce document est porté à la mairie d'Albi. Un double de la déclaration de naissance est conservé dans une enveloppe, classée au niveau de la maternité.

### **ARTICLE 2 : DECLARATION SPECIFIQUE DES ENFANTS DECEDES EN PERIODE PERINATALE**

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant sa déclaration de naissance à l'état-civil, le médecin responsable établit un certificat médical attestant ces faits, en précisant les dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'état civil, au vu de ce certificat, établit un acte de naissance et un acte de décès.

Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants.

A défaut de certificat médical prévu à l'alinéa précédent, une déclaration « d'enfant sans vie » est établie, avec inscription sur le registre des décès du centre hospitalier, et un acte correspondant est dressé par l'officier d'Etat civil. Cet acte est inscrit à sa date sur les registres de décès et il énonce les jour, heure et lieu de l'accouchement, identités, professions et adresses des père et mère. L'acte dressé ne préjuge pas de savoir si l'enfant a vécu ou non. Tout intéressé pourra saisir le TGI à l'effet de statuer sur la question.

## **CHAPITRE IV- INFORMATION DES PATIENTS**

### ***ARTICLE 1 : DROIT A L'INFORMATION***

#### **INFORMATION SUR LE PERSONNEL**

Les personnes hospitalisées doivent être informées du nom des praticiens et des professionnels appelés à leur donner des soins, par l'inscription du nom sur les blouses de ces intervenants. Selon les catégories de professionnels, des tenues sont différentes et décrites dans le livret d'accueil.

#### **INFORMATION SUR LES SOINS**

Le médecin responsable de service ou les médecins du service doivent donner à chaque personne hospitalisée, dans les conditions fixées par le code de déontologie, une information loyale, claire et appropriée sur son état ainsi que sur les investigations et les soins qu'il lui propose.

Les personnels paramédicaux participent eux aussi à cette information dans leur domaine de compétences et dans le respect de leurs règles professionnelles.

### ***ARTICLE 2 : ACCES AU DOSSIER PATIENT***

#### **2.1 - Conservation**

La conservation des dossiers médicaux du Centre Hospitalier d'ALBI est organisée selon la réglementation en vigueur :

Type de dossier	Durée
Dossiers médicaux des patients vivants	20 ans après le dernier passage
Dossiers de patients mineurs	Si la conservation de vingt ans s'achève avant le 28 <sup>ème</sup> anniversaire du patient, elle est prorogée jusqu'à cette date
Dossiers médicaux des patients décédés	10 ans
Dossiers des patients ayant fait l'objet d'une transfusion sanguine	30 ans

Le dossier médical peut, en fonction de la réglementation en vigueur, être conservé chez un hébergeur agréé, dans le cadre d'une externalisation.

## 2.2 - Communication

La communication du dossier patient est effective au Centre Hospitalier d'ALBI conformément à la législation en vigueur, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le patient. L'établissement peut proposer un accompagnement pour l'accès au dossier.

L'accès au dossier patient fait l'objet d'une procédure accessible dans la gestion documentaire.

## 2.3 - Information du médecin traitant

En fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation, le médecin responsable du patient communique le plus rapidement possible au médecin désigné par le malade ou sa famille, toute information relative à l'état du patient.

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

Sous réserve de l'accord de la personne hospitalisée, le médecin responsable adresse au médecin désigné par le malade, par voie postale, le jour de la sortie du patient, une lettre l'informant de cette sortie, résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre, et lui précisant le lieu, les jours et heures auxquels il lui sera possible de prendre connaissance du dossier de l'intéressé. Cette lettre est également remise en mains propres au patient, ou à défaut lui est adressé le jour même par voie postale.

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

## 2.4 - Dossier Médical Personnel (DMP)

Le Dossier Médical Personnel (DMP) est un dossier médical informatisé, accessible via Internet. Il permet au patient et aux professionnels de santé qui le prennent en charge de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. A la demande du patient informé, le DMP peut être créé, lors d'une admission au Centre Hospitalier d'ALBI.

Les comptes rendus liés du séjour ou de la venue du patient sont automatiquement envoyés sur le DMP.

### **ARTICLE 3 : RELATIONS AVEC LES PROCHES ET AYANT-DROITS**

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles et les patients dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

Avec l'accord du patient et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical-telles que le diagnostic et évolution de la maladie-peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le code de la santé publique et le code de déontologie médicale. De même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, toujours sauf opposition de la part du patient.

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

Sur demande écrite, les ayants droits d'un patient décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant son décès.

Ils doivent être par ailleurs, informés sur les circonstances et causes d'un dommage imputable à l'activité soignante si la personne décédée en a été victime.

### **ARTICLE 4 : RELATIONS AVEC LES MEDECINS TRAITANTS**

Le Centre Hospitalier est tenu d'informer par courrier le médecin traitant de l'admission du patient ainsi que du service où a lieu cette admission.

Il l'invite simultanément à prendre contact avec ce service, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à manifester par écrit le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de santé de ce dernier.

A la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre est remise directement au patient au moment de sa sortie, ou, si le patient en fait la demande au praticien qui lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné. Des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier du patient.

## **CHAPITRE V - SORTIE DES PERSONNES HOSPITALISEES**

### **ARTICLE 1 : AUTORISATION DE SORTIE**

Les personnes hospitalisées peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier de permissions de sortie d'une durée maximum de 48h. Ces autorisations de sortie sont accordées par le médecin responsable de structure interne ou tout agent en ayant délégation.

Lorsqu'une personne hospitalisée autorisée à quitter l'établissement en permission, ne rentre pas dans les délais prévus, l'administration la porte sortante et elle ne peut être admise à nouveau que dans la limite des places disponibles.

### **Sorties des mineurs**

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'hôpital si le mineur doit être confié à une tierce personne expressément autorisée par elle. La personne se présentant pour emmener la personne mineure 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.

### **ARTICLE 2 : SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL**

A l'exception des mineurs, des détenus et des personnes transférées d'un établissement spécialisé dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte telle que prévue par la loi n° 90-527 du 27 juin 1990, les personnes hospitalisées peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le Centre Hospitalier.

Si le médecin responsable estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la santé du patient, ce dernier n'est autorisé à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli un formulaire. Le patient est informé des risques encourus. La sortie est prononcée après signature par le patient du document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des risques encourus que cette sortie présente pour lui.

Lorsque le patient refuse de signer ce formulaire, la notification de son refus est consignée par l'infirmier(e) présent(e) dans le dossier de la personne hospitalisée.

La sortie contre avis médical ne dispense pas l'équipe médicale d'assurer la continuité des soins (ordonnance). Le médecin traitant est également informé des circonstances de la sortie.



### **Cas particulier des mineurs**

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, et que la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable de structure interne -en plus de la procédure de sortie contre avis médical- saisit le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaires. Si elle est demandée par un mineur opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale, elle ne peut intervenir qu'avec l'accompagnement d'une personne majeure

### ***ARTICLE 3 : SORTIE PAR MESURE 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'une personne hospitalisée 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.

### ***ARTICLE 4 : SORTIE APRES REFUS DE SOINS***

Lorsque les personnes hospitalisées n'acceptent pas les traitements, interventions ou soins proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par un praticien hospitalier, par délégation du Directeur. La sortie est effective après signature par le patient d'un formulaire constatant son refus d'accepter les soins proposés. S'il refuse de signer ce document, la notification de son refus est consignée par l'infirmier(e) présent(e) dans le dossier de la personne hospitalisée.

### ***ARTICLE 5 : SORTIE DES PERSONNES HOSPITALISEES A L'INSU DU SERVICE***

Au cas où une personne hospitalisée quitte le Centre Hospitalier sans prévenir, l'administrateur de garde est informé. Des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, de l'établissement et de ses abords immédiats.

Si elles restent vaines, il est procédé à des recherches auprès de la famille puis, si nécessaire, un signalement auprès des autorités de police est effectué.

### **Cas des mineurs**

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

## **ARTICLE 6 : SORTIE DES MINEURS**

Les personnes exerçant l'autorité parentale ou les tierces personnes majeures expressément autorisées par elles sont informées de la sortie prochaine du mineur. Lorsque la personne mineure a demandé le secret de son admission (article L.1111-5 du CSP), elle ne peut quitter le Centre Hospitalier qu'accompagnée par la personne majeure qu'elle avait choisie pour l'accompagner dans ses démarches. Des justificatifs d'identité sont demandés.

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation ou à l'issue du séjour, confiés qu'à leur père, mère, tuteur. Toutefois, si la personne titulaire de l'autorité parentale précise à la direction du Centre Hospitalier que le mineur peut quitter l'établissement seul ou confié à une tierce personne, une attestation devra être fournie et une photocopie de la pièce d'identité jointe. Ces éléments seront conservés dans le dossier du patient.

## **ARTICLE 7 : SORTIE DES DETENUS**

### **7.1 Retour à la Maison d'arrêt**

Lorsque l'état de santé du patient détenu ne justifie plus son hospitalisation, l'administration pénitentiaire, les autorités de police et le personnel de l'Unité Sanitaire en sont informés. Le retour à la maison d'arrêt se fait sous escorte pénitentiaire avec renfort des forces de l'ordre (police) selon les nécessités judiciaires, en véhicule simple ou transport sanitaire selon l'état de santé

### **7.2 Transfert vers un autre établissement (intra et hors département)**

Lorsque l'état de santé du détenu justifie son transfert vers un autre établissement, le Directeur de la maison d'arrêt ou son représentant est informé de la décision médicale et du lieu d'hospitalisation pour la mise en œuvre des mesures de sécurité. Le transport se fait sous escorte pénitentiaire avec renfort des forces de l'ordre, si besoin le service où se trouve le patient organise le transfert pour la partie sanitaire en concertation avec les services pénitentiaires.

## **ARTICLE 8 : SORTIE DES PERSONNES HOSPITALISEES SOUS CONTRAINTE**

La sortie des personnes hospitalisées sous contrainte se fait en collaboration avec l'établissement d'origine. Cet établissement devra être averti au plus tôt de la sortie imminente du patient et en assurer le transport.

## **ARTICLE 9 : SORTIE DES NOUVEAUX NES**

Sous réserve du cas particulier des prématurés, de nécessité médicale ou de cas de force majeure constatée par le médecin responsable, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère.

## **ARTICLE 10 : QUESTIONNAIRE DE SORTIE**

Toute personne hospitalisée reçoit, lors de son admission, un questionnaire intégré au livret d'accueil destiné à consigner ses observations, ses critiques et ses suggestions. Il peut être, si la personne hospitalisée le désire, rester anonyme.

Le questionnaire sera remis par la personne hospitalisée soit directement au cadre de santé du service, soit dans la boîte aux lettres prévue à cet effet dans chaque service, soit dans celle située au niveau du hall d'accueil de l'hôpital. La personne hospitalisée pourra le renvoyer par la poste, après sa sortie. L'analyse se fait à la cellule qualité de l'établissement.

## **ARTICLE 11 : TRANSPORT EN AMBULANCE**

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport médicalement prescrit, en véhicule sanitaire ou non sanitaire, la personne hospitalisée a le libre choix de l'entreprise de transport. L'établissement tient à sa disposition la liste des sociétés de transports sanitaires agréées.

Si la personne hospitalisée n'exprime pas de choix, le centre hospitalier fait appel aux entreprises agréées selon un tour de rôle des sociétés d'ambulances défini chaque trimestre.

## **ARTICLE 12 : FORMALITES DE SORTIE**

Lorsque l'état de santé de la personne hospitalisée n'impose plus son maintien dans l'un des services du centre hospitalier, sa sortie est prononcée par le médecin responsable, par délégation du Directeur.

Toute personne hospitalisée sortante doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuité des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de leurs droits.

Le médecin traitant doit être informé de la sortie de la personne hospitalisée, il doit recevoir une lettre de liaison envoyée le jour de sa sortie lui permettant d'assurer le cas échéant, la continuité des soins.

La personne hospitalisée (ou sa famille, ou l'ambulancier), avant de quitter l'établissement, doit se rendre au bureau des entrées afin d'y effectuer les formalités de sortie :

- Clôturer le dossier administratif
- Obtenir son bulletin de situation
- Effectuer le paiement de sa participation financière (ticket modérateur, forfait journalier) s'il y a lieu.

## **CHAPITRE VI - LE DECES**

### **ARTICLE 1 : ATTITUDE A SUIVRE A L'APPROCHE DU DECES**

Lorsque l'état de la personne hospitalisée s'est aggravé et que le décès paraît imminent, la famille ou les proches de la personne accueillie doivent être prévenus sans délai de l'aggravation de son état par un agent du Centre Hospitalier dûment habilité et par tous les moyens appropriés. La personne hospitalisée peut être transportée à son domicile si elle-même ou sa famille en expriment le désir.

Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants.

### **ARTICLE 2 : ANNONCE DU DECES**

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin du Centre Hospitalier. Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens.

#### **Cas particuliers de notification de décès :**

- Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche;
- Pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- Pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au Président du Conseil Départemental ;
- Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- Pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- Pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur
- Pour les personnes non identifiées, aux services de police.

### **ARTICLE 3 : FORMALITES ENTOURANT LE DECES**

#### **❖ Soins mortuaires**

Après le constat médical du décès, l'équipe soignante procède à la toilette et si possible à l'habillage du défunt avec toutes les précautions convenables.

Un bracelet d'identification comportant nom, prénom et date du décès est posé au défunt. La présentation du corps à l'entourage du défunt est organisée.

❖ **Les formulaires à renseigner :**

Le médecin ayant effectué le constat :

- Etablit le certificat de décès ;
- Vérifie qu'il n'y a aucun risque de contagion ;
- Renseigne le constat de mort naturelle, d'absence de problème médico-légal et de contagion ;
- Vérifie l'absence d'appareillage (pace maker, défibrillateur).

L'infirmier, ou le cadre de santé :

- Fait compléter l'attestation sur l'honneur de reconnaissance de corps par la famille ou l'entourage ;
- Fait choisir à la famille ou l'entourage le transporteur et la destination du corps selon la liste des chambres funéraires autorisées et la liste des opérateurs funéraires habilités ;
- Précise, si la famille ou l'entourage souhaite des soins de conservation ou si l'état du corps le nécessite ou si retour du corps sans mise en bière au-delà de 48 heures après le décès, que la famille doit établir une demande manuscrite et que ces soins lui seront facturés.

Le bureau des entrées renseigne :

- La déclaration de décès entre 8h00 et 18h00 du lundi au vendredi ;
- Complète l'autorisation de sortie du corps sans mise en bière entre 8h00 et 18h00 en semaine ;
- En dehors de ces horaires, c'est le cadre de santé d'astreinte par délégation du directeur, qui est sollicité pour remplir ces formulaires.

SUR LE SITE DU CENTRE HOSPITALIER						
	8h	12h	14h	18h	21h	23h
Lundi au vendredi	Bureau des entrées			Cadre de pôle d'astreinte	Administrateur de garde	
Week-end et Jours fériés	Cadre de garde	Administrateur de garde	Cadre de garde	Administrateur de garde		

SUR LE SITE DE L'EHPAD						
	8h	12h	14h	18h	21h	23h
Lundi au vendredi	Cadre de santé			Cadre de pôle d'astreinte	Administrateur de garde	
Samedi Dimanche et Jours fériés	Cadre de garde	Administrateur de garde	Cadre de garde	Administrateur de garde		

### ❖ **Transport de corps :**

Le transport est effectué selon les modalités définies dans la procédure de l'établissement, sachant qu'un corps est transportable hors de l'établissement entre 8h00 et 23h00, 7 jours sur 7.

L'infirmier organise le transport du corps :

- Soit directement vers un domicile ;
- Soit directement à la chambre funéraire agréée ;
- Soit à la chambre mortuaire (rappel : le corps ne doit pas rester plus de 10h dans un service).

Tous les documents sont donnés à la société de transport, accompagnés du livret de famille ou d'une pièce d'identité pour réaliser la déclaration de décès. En semaine elle les remet à l'état civil de la mairie, les dimanches et jours fériés elle les remet au complexe funéraire choisi par la famille.

En semaine, le livret de famille (ou la pièce d'identité) sera rendu à la famille dès les formalités administratives accomplies par les ambulanciers. Les dimanches et jours fériés, le livret de famille (ou la pièce d'identité) reste au funérarium, qui effectue dès le lendemain la déclaration à l'état civil.

Le transport doit être effectué et terminé dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès si le corps n'a pas subi des soins de conservation.

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

Le certificat médical complémentaire doit obligatoirement être rempli par le praticien hospitalier. La famille a le libre choix de l'opérateur funéraire et en assume la charge financière.

**Motifs du refus de transport de corps :** (Articles R.2213-7 à R.2213-14 du Code général des collectivités territoriales)

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

- Le décès soulève un problème médico-légal ;
- Le défunt était atteint, au moment de décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du Ministre de la Santé ;
- L'état du corps ne permet pas un tel transport.

### ❖ **Chambre mortuaire :**

L'établissement dispose d'une chambre mortuaire, accessible aux proches de 9h00-12h00 / 13h00-17h48

La chambre mortuaire constitue un équipement aménagé pour permettre aux familles des défunts de disposer de temps nécessaire à l'organisation des obsèques, dès lors que le maintien des corps des personnes décédées dans les locaux destinés aux soins et à l'hébergement ne peut excéder 10 heures.

Le centre hospitalier rend ses équipes disponibles pour assurer la présentation du défunt à sa famille et à ses proches. Ces derniers doivent en faire la demande auprès de l'équipe soignante du service où la personne est décédée.

La chambre mortuaire de l'hôpital est habilitée pour la réalisation des rites religieux.

Le transport du corps du défunt hors de l'établissement à partir de la chambre mortuaire peut se faire sans mise en bière ou avec (fermeture et scellement du cercueil) quand le corps est destiné à la crémation ou lorsque le corps est transporté hors de la commune de décès.

Il existe un règlement intérieur de la chambre mortuaire qui précise les règles de fonctionnement.

Le maintien du corps d'un défunt au-delà des 3 jours réglementaires donne lieu à facturation à la famille d'un forfait arrêté par le directeur de l'établissement.

#### **ARTICLE 4 : INFORMATIONS SUR LE DON D'ORGANES ET LE DON DE CORPS A LA MEDECINE.**

Le Centre Hospitalier d'ALBI a obligation de délivrer une information sur le don d'organes.

Il est habilité à effectuer certains prélèvements d'organes, et dispose pour cela d'une coordination hospitalière, le CHU de TOULOUSE peut également être sollicité.

#### **Cas d'une personne décédée ayant fait, de son vivant, don de son corps à la médecine :**

Le cadre de santé du service ou le cadre de santé d'astreinte, en lien éventuellement avec le directeur de garde, doit :

- Se procurer la carte de donateur qui est obligatoire pour tout don de corps. Si la carte de donateur (ou le numéro d'enregistrement) n'est pas communiquée, ce don est impossible.
- S'assurer que le corps est transportable.

Les trois conditions suivantes doivent être remplies afin de poursuivre les démarches du don. Dans le cas contraire, informer la famille au plus tôt afin que celle-ci prenne des mesures pour organiser les obsèques.

- Absence de problème médico-légal
- Absence de problème d'hygiène
- Absence de maladie contagieuse

Les éléments précis concernant ce cas de figure sont décrits dans le mode opératoire MO.612 figurant dans la GED.

## **ARTICLE 5 : DECES AVEC INTERVENTION MEDICO-LEGALE**

### **5.1 - Mort suspecte ou violente ayant lieu dans les locaux de l'établissement**

Il convient dans ce cas de :

- **Ne pas toucher le corps,**
- Contacter le Directeur ou l'administrateur de garde qui préviendra le procureur par le biais du commissariat,
- Prévenir un médecin
- Laisser un agent pour surveiller le corps et éloigner les curieux
- Relever l'identité des témoins éventuels
- Le médecin et/ ou le cadre de santé rédige(nt) un rapport circonstancié de l'incident.

Selon décision de l'autorité judiciaire :

- Autopsie : suivre les instructions et interdire toutes les visites
- Pas d'autopsie : visites autorisées
- Le Directeur établit un rapport final à l'autorité de tutelle.

### **5.2 - Accueil d'un corps sur réquisition du parquet**

- Suivre les modalités spécifiques de réquisition
- Ôter les dispositifs de soins (cathéter urinaire ou sanguin...) et ne plus toucher le corps
- Interdire les visites pour l'entourage et la famille
- Faire signer le certificat de décès par un médecin
- Placer un bracelet d'identification au défunt comportant les nom(s), prénom(s) et date du décès
- Transporter OBLIGATOIREMENT le corps en l'état à la chambre mortuaire en l'attente de l'autopsie
- Informer le standard de l'identité du défunt et de la démarche d'autopsie.

## **ARTICLE 6: DECES AVEC ABSENCE D'ENTOURAGE**

### **Formalités et organisation des funérailles :**

Le corps est déposé à la chambre mortuaire de l'hôpital. Les documents (certificat de décès, certificat médical complémentaire et déclaration de décès) sont transmis au bureau des entrées.



Il n'y a pas de délai réglementaire pour effectuer la déclaration de décès à l'État Civil mais il ne sert à rien de conserver les documents trop longtemps. On peut raisonnablement considérer que les démarches d'État Civil doivent être effectuées dans les 3 jours.

**Si la situation ne s'est pas résolue dans ce délai, le bureau des entrées doit :**

- Envoyer le chauffeur à l'État Civil avec les documents et lui demander de rapporter le permis d'inhumation
- Demander au cadre de santé du service quelles recherches ont été faites : personnes à prévenir, personne de confiance, visiteurs, aide-ménagère, police ou gendarmerie du domicile, service social, mairie du domicile, médecin traitant.

Il est souhaitable que le cadre du service et que l'assistante sociale soient associés à cette démarche.

**Dans le cas où un parent est retrouvé :**

- L'appeler pour l'informer du décès
- Lui demander s'il peut s'occuper des démarches

**Dans le cas de recherches infructueuses :**

Si un domicile est connu, informer la mairie du domicile ou le bureau d'aide sociale de la mairie. S'il n'y a pas de domicile connu, la mairie du lieu de décès organise les funérailles.

Il faut communiquer à la mairie concernée toutes les informations en notre possession. Les Pompes Funèbres choisies par la mairie sont notamment intéressées par l'existence de comptes bancaires puisqu'elles peuvent obtenir le règlement des obsèques directement auprès des banques. Quand il n'y a aucune ressource connue, c'est la mairie du lieu de décès qui doit se charger des frais d'obsèques.

### ***ARTICLE 7 : Dépôt de valeur après un décès***

Après le décès et inventaire dans le service de soins, si cela n'a pas été fait dès l'entrée du patient à sa propre demande et sous son entière responsabilité, les valeurs font l'objet d'un dépôt en présence de deux agents. Elles sont transférées comme toutes autres valeurs à la Trésorerie Municipale qui restituera les objets à un ayant-droit.

## **CHAPITRE VII – GESTION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES**

Le **Plan Blanc** est destiné à faire face à un afflux massif de victimes lors d'un accident, d'une catastrophe, d'une épidémie ou d'un événement climatique meurtrier et durable qui fait intervenir une chaîne de secours et de soins, avec de multiples acteurs. Ce plan hospitalier est mis en œuvre par le Directeur.

## **ARTICLE 1 : PLAN BLANC**

Le **Plan Blanc** répond à des dispositions législatives et réglementaires qui déterminent sa mise en place et son organisation dans le système de santé lors d'une crise sanitaire.

Le Plan Blanc contient des mesures d'organisations destinées à faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ou l'activité accrue d'un hôpital. Il permet d'organiser l'accueil et la prise en charge d'un afflux massif de victimes d'un accident, d'une catastrophe, d'une épidémie ou d'un événement climatique meurtrier et durable.

### **1.1 - Le déclenchement**

**Le Plan Blanc est déclenché par le Directeur de l'établissement qui en informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département, ou à la demande de ce dernier.**

Dans tous les cas, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, le service d'aide médicale urgente départemental et les représentants des collectivités territoriales concernées sont informés, sans délai, conjointement par le directeur de l'établissement et le représentant de l'État dans le département.

### **1.2 - L'élaboration et la révision**

Le Centre Hospitalier d'ALBI dispose en tant qu'établissement public de santé d'un plan blanc formalisé et accessible dans la gestion documentaire. Ce plan est régulièrement actualisé. Il regroupe les consignes d'organisation intra-hospitalière de l'établissement et les modalités de mise en place d'une cellule de crise.

Les modalités du plan blanc sont présentées aux instances consultatives et délibératives de l'établissement (Directoire, Conseil de Surveillance, CME, CHSCT).

### **1.3 - Les principales dispositions**

Le plan blanc recense l'ensemble des moyens matériels et humains susceptibles d'être mobilisés et définit les conditions de leur emploi.

Il prévoit notamment les modalités selon lesquelles le personnel soignant nécessaire peut-être maintenu sur place et, le cas échéant, rappelé lorsque la situation le justifie.

## **ARTICLE 2 : PLAN CANICULE**

Déclinaison du Plan National Canicule, la Plan canicule du CH d'ALBI/Plan Bleu précise l'organisation mise en place et les moyens mis en œuvre afin de faire face à un épisode caniculaire, et en fonction du niveau de vigilance météorologique. La période de veille s'étend du 1<sup>er</sup> juin au 31 août et constitue le premier niveau.

Le plan canicule/plan bleu de l'établissement est formalisé et accessible dans la gestion documentaire. Il fait l'objet d'une évaluation et d'une révision régulière.

### **ARTICLE 3 : EVALUATION APRES SORTIE DE CRISE OU DECLENCHEMENT D'UN PLAN**

Dans le cadre d'une amélioration continue des dispositifs et des organisations prévus, après chaque déclenchement d'un plan ou situation de crise, un Retour d'Expérience (RETEX) est organisé afin de parfaire le dispositif et de définir des actions correctives, le échéant.

## **CHAPITRE VIII- ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L'HOPITAL**

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'une personne hospitalisée aux heures de visite.

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

### **ARTICLE 1 : LES VISITES : RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS**

Les visites aux patients ont lieu tous les jours, la plage horaire des visites est généralement fixée de 11h à 20h. Pour les services qui ont un fonctionnement différent, l'équipe de soins informe les visiteurs des modalités spécifiques. Pour autant, les responsables de service peuvent être amenés à aménager ces horaires suivant les nécessités de service. Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service. Lorsque l'état du patient le justifie, la présence d'un ou plusieurs proches peut être autorisée hors des heures de visite.

Les visiteurs doivent respecter le repos des patients, éviter de gêner le fonctionnement du service, accepter sur demande du personnel de se retirer des chambres des patients ou d'autres locaux pendant l'exécution des soins et examens, s'abstenir d'imposer leur présence aux patients contre leur gré, garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif et respecter strictement l'interdiction de fumer. Il est interdit aux visiteurs d'introduire à l'hôpital des médicaments (sauf accord express du médecin), boissons alcoolisées ou produits toxiques de quelque nature que ce soit.

Il leur est déconseillé par ailleurs d'apporter aux patients des denrées alimentaires ou boissons, même non alcoolisées, qui pourraient être incompatibles avec leur régime alimentaire. Les produits apportés à l'hôpital peuvent être détruits à la vue du patient ou de sa famille. La responsabilité de l'administration ne peut être engagée à l'occasion de tels faits.

Le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et saisir la direction pour décider l'expulsion du visiteur, avec éventuellement une interdiction de visite ultérieure.

## **ARTICLE 2 : STAGIAIRES EXTERIEURS A L'ETABLISSEMENT**

Les stages d'étudiants et professionnels au sein du site hospitalier doivent faire l'objet d'une convention entre le Centre Hospitalier d'ALBI et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire.

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

## **ARTICLE 3 : ASSOCIATIONS**

L'administration hospitalière facilite l'intervention d'association qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des patients, à leur demande ou avec leur accord, au sein du Centre Hospitalier.

Préalablement à leur intervention, ces associations doivent obtenir l'autorisation du directeur et conclure avec le Centre Hospitalier d'ALBI une convention définissant les droits et obligations réciproques. Cette convention est élaborée suivant une convention-type.

L'accès auprès des patients est subordonné à cette procédure. Le responsable de service peut toutefois s'opposer aux visites ou aux activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service.

En tout état de cause, les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin.

Les associations souhaitant se domicilier au CH d'ALBI doivent en faire la demande écrite préalable auprès de la direction qui délivrera, le cas échéant, un accord explicite.

## **ARTICLE 4 : ACCES AUX PROFESSIONNELS DE LA PRESSE**

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein du site hospitalier doivent préalablement faire l'objet d'une demande exprimée auprès de la direction. Si cette demande est acceptée, elle fait l'objet d'une autorisation écrite transmise au demandeur.

Les jours fériés et week-ends, ces professionnels doivent formuler leur demande auprès du Directeur d'astreinte.

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

Les images (télévisées et photographiques) concernant des patients ne peuvent être réalisées sans une autorisation écrite et signée par ces patients.

Les images des patients sont réalisées sous l'entière responsabilité des professionnels. Le centre hospitalier ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

## **ARTICLE 5 : INTERDICTION D'ACCES AUX DEMARCHEURS, REPRESENTANTS ET ENQUETEURS**

L'accès au sein du site hospitalier de démarcheurs, représentants et enquêteurs est interdit, sauf accord du patient et autorisation spécifique de l'administration hospitalière.

Ces derniers s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur, dans les chambres et locaux hospitaliers.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

## **ARTICLE 6 : INTERVENTION DES NOTAIRES**

Lorsqu'un patient hospitalisé sollicite son intervention, un notaire (dont la fonction lui confère la qualité d'officier public) peut se rendre auprès de celui-ci, 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, et tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

## **CHAPITRE IX - REGLES DIVERSES**

### **ARTICLE 1 : NEUTRALITE DU SERVICE PUBLIC**

Au sein de l'institution hospitalière, toute personne est tenue au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe :

- Les visites d'élus dans l'enceinte de la structure ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- Les membres du conseil de surveillance ne peuvent effectuer des visites au sein du 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 patients, les 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 ;
- Les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein du site, sauf autorisation expresse du directeur.

## **ARTICLE 2 : PRESTATAIRES DE SERVICE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER**

Des prestations de service assurées par des entreprises extérieures conventionnées avec le CH d'ALBI sont proposées aux patients dans les conditions fixées par la direction de l'établissement.

## **ARTICLE 3 : EFFETS PERSONNELS**

Les patients doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette.

Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles générales de la responsabilité hospitalière.

En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à la disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation.

## **ARTICLE 4 : ANIMAUX DOMESTIQUES**

Les dispositions interdisant l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte hospitalière ne font pas obstacle à ce que les chiens-guides d'aveugles ou malvoyants soient autorisés à pénétrer au sein de l'hôpital, dans les limites fixées par la réglementation et dans les conditions définies avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

## **ARTICLE 5 : 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. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement aux intéressés conscients par le vaguemestre. Ils sont remis à la direction ou au gérant de tutelle, si le patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

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

## **ARTICLE 6 : TELEPHONE**

Les patients hospitalisés ont la possibilité, sur leur demande, de disposer d'un téléphone dans leur chambre. Ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Ils peuvent recevoir des appels téléphoniques aux horaires autorisés dans la mesure où ceux-ci ne gênent pas le fonctionnement des services.

Par mesure de sécurité, les téléphones portables doivent être utilisés à distance des appareils biomédicaux pour éviter toute interférence.

## **ARTICLE 7 : TELEVISION**

Des postes téléphoniques peuvent être mis à disposition par une société prestataire.

Les frais de location sont facturés par cette dernière.

Les téléviseurs personnels sont interdits dans les chambres afin d'éviter les accidents dont le patient devrait porter la responsabilité.

Toutefois, les résidents des structures d'accueil pour personnes âgées pourront apporter leur téléviseur personnel dans les chambres qui ne sont pas équipées, à la condition d'avoir souscrit une assurance en responsabilité civile couvrant les dégâts éventuellement occasionnés par cet appareil.

En aucun cas, les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du patient ou de ses voisins.

# TITRE III - OBLIGATIONS DU PERSONNEL

---

Le statut du personnel est régi par le Titre I et le Titre IV du statut général des fonctionnaires.

Le statut du personnel médical est régi par les textes réglementaires en vigueur (dont le code de déontologie médicale).

L'ensemble des règles qui suivent ont vocation à être appliquées tant par le personnel non médical que par le personnel médical.

## **CHAPITRE I – REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DES PATIENTS**

### ***ARTICLE 1 : DEVOIR D'INFORMATION DU PUBLIC***

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers dans le cadre de leurs compétences professionnelles propres et des dispositions relatives aux droits des patients.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens de l'hôpital assurent l'information des personnes hospitalisées, qui doit être appropriée, accessible et loyale. Les personnels paramédicaux participent à cette information, dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Les personnes hospitalisées sont associées aux choix thérapeutiques qui les concernent. Toute personne hospitalisée peut désigner une personne de confiance majeure, qui peut être un parent, un proche, ou le médecin traitant et qui sera consulté au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit.

Les personnes hospitalisées sont informés préalablement de la nature, des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner.

L'hôpital est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille.

### **Droit à la confidentialité**

Le patient hospitalisé a le droit au respect de la vie privée comme le prévoient l'article 9 du code civil et la convention européenne des droits de l'homme.

La personne hospitalisée doit se voir garantir par le personnel la confidentialité de son courrier, de ses appels téléphoniques, de ses entretiens.



L'accès des personnes extérieures (journalistes, démarcheurs ...) ne peut se faire qu'avec l'accord du Directeur et l'autorisation expresse des patients et du responsable de structure interne.

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques doit être limité à ceux qui leur sont propres, et ceux qui sont publics ou partagés. Il est interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, quand bien même ceux-ci ne les auraient pas explicitement protégées. Cette règle s'applique également aux conversations privées de type courrier électronique dont l'utilisateur n'est destinataire ni directement, ni en copie. L'utilisateur doit être vigilant par rapport aux personnes utilisant son poste de travail. En particulier, un fournisseur doit impérativement être accompagné d'un membre de l'équipe informatique ou annoncé et autorisé par lui, pour assurer une intervention. L'utilisateur ne doit pas quitter son poste de travail ni ceux en libre-service sans se déconnecter en laissant des ressources ou services accessibles.

## **ARTICLE 2 : SECRET PROFESSIONNEL**

L'ensemble des agents salariés de l'hôpital ou agissant en tant que collaborateur occasionnel du service public (stagiaire, bénévole, prestataire...) est soumis au secret professionnel. Le secret professionnel défend les intérêts du patient, aucune information ne doit être divulguée sans son accord, et cela vaut même pour les choses connues de notoriété publique.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Le secret professionnel ne peut être partagé avec des praticiens ou paramédicaux ne participant pas aux soins du patient concerné.

La violation de secret professionnel constitue un délit sanctionné pénalement.

Le code pénal punit non seulement les médecins, chirurgiens, pharmaciens, sages-femmes, mais de façon générale toutes les personnes qui, dépositaires par état ou par profession, par fonction temporaire ou permanente, de secrets qui leur sont confiés, auront révélé ces secrets, hors les cas où la loi les contraint à se porter dénonciateurs (par exemple, dénonciation obligatoire des crimes et délits).

## **ARTICLE 3 : OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE**

Cette obligation est relative à tous faits, informations ou documents dont les membres du personnel ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

L'obligation de discrétion professionnelle contraint les agents au silence pour tous les faits ou informations dont ils ont eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Les personnels sont tenus à cette obligation à l'égard des personnes étrangères à l'établissement, mais également à l'égard de leurs collègues de travail, qui, en raison de leurs attributions dans le service, n'ont pas à connaître le document ou le fait dont il peut être question.

Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

#### **ARTICLE 4 : DEVOIR GENERAL DE RESERVE – RESPECT DE LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D'OPINION**

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions.

Le personnel ne doit pas exprimer d'opinion ou avoir d'attitude qui puisse nuire à l'image du centre hospitalier, tout particulièrement en présence des patients, de leur famille ou des usagers.

Cette notion est distincte du secret professionnel et de la discrétion professionnelle, car il s'agit de faits ou de paroles étrangers à l'exercice direct de la fonction.

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée.

Aucune propagande ni pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les personnes hospitalisées ni sur leurs familles.

#### **ARTICLE 5 : RESPECT DU CONFORT DU PATIENT**

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des personnes hospitalisées dont ils ont la charge. Ils prêtent une attention toute particulière à délivrer une information aux usagers dans les situations d'attente. D'une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers.

Ils sont attentifs aux besoins et aux demandes des personnes accueillies, mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives l'application de leurs droits et l'amélioration de leur vie quotidienne.

Le soulagement de la souffrance des personnes hospitalisées doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

L'ensemble des personnels de l'établissement doit une égale considération aux personnes hospitalisées, ou résidents ainsi qu'à leurs proches.

Le respect de l'intimité de la personne hospitalisée du malade doit être préservé par tous les professionnels d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

Le personnel doit veiller au respect de la personne et à l'intimité des patients, ceci en particulier lors des pratiques suivantes : toilette, soins, traitement, opération, radiographie, transport ...

Les personnes hospitalisées ne peuvent être amenées 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 à leur refus. Les personnels et les visiteurs extérieurs frappent avant d'entrer dans la chambre du malade et n'y pénètrent, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

Toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour réduire les nuisances liées au bruit et à la lumière.

#### **ARTICLE 6 : EXIGENCE D'UNE TENUE CORRECTE**

Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble des personnes travaillant à l'hôpital.

L'hôpital fournit et assure le blanchissage des vêtements de travail personnalisés avec l'indication de l'identité et de la qualité de chaque agent. Le port de ces tenues vestimentaires est obligatoire pendant toute la durée du service et est interdite pour des raisons d'hygiène dans le restaurant du personnel (sauf pour les agents du restaurant eux-mêmes) et à l'extérieur de l'établissement à l'exception des services intervenant à l'extérieur de l'établissement.

La propreté vestimentaire est une règle élémentaire qui s'applique à tout agent hospitalier qui doit veiller à ne pas perdre ni détériorer ses vêtements de travail.

#### **ARTICLE 7 : IDENTIFICATION VIS-A-VIS DES INTERLOCUTEURS**

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles, les personnels de l'hôpital en contact avec les personnes hospitalisées ou le public portent des tenues fournies par l'établissement qui sont adaptées à leurs emplois et secteurs d'activité et qui mettent en évidence, pendant l'exécution de leur service, leurs nom, prénom et qualité.

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

#### **ARTICLE 8 : ACCUEIL ET RESPECT DU LIBRE CHOIX DES FAMILLES**

Dans chaque unité de soins, les médecins reçoivent les familles des personnes hospitalisées dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des personnes hospitalisées et de leurs familles.

En l'absence de demande de la personne hospitalisée, les indications d'ordre médical –telles que diagnostic et évolution de la maladie– ne peuvent pas être données par les médecins à des tiers, y compris à la famille. Les médecins doivent informer la personne de confiance désignée par la personne hospitalisée dans les conditions définies par le code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état de la personne hospitalisée peuvent être fournis par des personnels qualifiés à cette personne de confiance et à des tiers désignés par le patient. En l'absence d'opposition de la personne hospitalisée les indications d'ordre médical, tels le diagnostic et l'évolution de la maladie, ne peuvent être données par les médecins à des tiers ni aux membres de la famille. Les renseignements courants sur l'état de la personne hospitalisée peuvent être fournis par les personnels paramédicaux dans leur champ de compétence et sous réserve de l'accord de la personne soignée et des médecins référents du patient.

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances. Le libre choix des patients et des familles doit être rigoureusement respecté, notamment lorsqu'ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, à des opérateurs funéraires ou à des prestataires d'aides et services à la personne.

## **CHAPITRE II – AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL**

Le comportement et les propos de chacun au sein de l'établissement doivent être adaptés aux principes élémentaires de civilité qui régissent les relations sociales.

### ***ARTICLE 1 : OBLIGATION DE DESINTERESSEMENT – OBLIGATION DE DECLARATION D'INTERET***

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

S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'administration pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise.

Sont applicables dans ce domaine des sanctions non seulement disciplinaires mais pénales.

### ***ARTICLE 2 : INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE PRIVEE LUCRATIVE***

L'agent est tenu de consacrer l'intégralité de son activité professionnelle à l'exercice des tâches qui sont confiées. Il est interdit à tout agent hospitalier :

- D'exercer une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, même à temps partiel. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération (notamment missions d'enseignement, d'expertise, production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques), ainsi que sur l'activité libérale des praticiens plein temps. Les personnels doivent en informer au préalable la direction.
- D'avoir des intérêts directs ou indirects dans une entreprise en relation avec le Centre Hospitalier et de nature à compromettre son indépendance. Sont applicables dans ce domaine des sanctions non seulement disciplinaires mais pénales.

### **ARTICLE 3 : INTERDICTION DE BENEFICIER D'AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPECES**

Les agents ne peuvent accepter des malades ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service.

Il leur est interdit 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.

### **ARTICLE 4 : EXECUTION DES INSTRUCTIONS RECUES**

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

A ce rang, il doit donc se conformer aux instructions de son supérieur et ne peut s'y soustraire que dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement l'intérêt public.

Tout agent peut se retirer d'une situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle représente un danger grave et imminent pour sa santé. Cette possibilité doit être exercée de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent.

### **ARTICLE 5 : RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE**

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

Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers.

Ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leurs emplois (visite médicale périodique, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail).

#### **ARTICLE 6 : ASSIDUITE ET PONCTUALITE**

Les personnels doivent assurer leur service en remplissant les tâches qui relèvent de leur emploi et des missions de l'établissement. Hormis les cas d'absence légaux, les agents doivent assurer leurs fonctions de façon continue dans les conditions prévues par le tableau de service.

Le tableau de service est établi de manière nominative; toute proposition de changement à l'initiative des agents doit être validée par l'autorité chargée de sa gestion.

L'assiduité et la ponctualité font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement de l'hôpital.

#### **ARTICLE 7 : ALCOOL SUR LE LIEU DE TRAVAIL**

Le comportement du personnel doit être correct en toute circonstance. Toute consommation de boissons alcoolisées ou de produits illicites est prohibée sur le lieu de travail.

#### **ARTICLE 8 : UTILISATION DU TELEPHONE PORTABLE PERSONNEL**

L'utilisation du téléphone portable personnel pendant les heures de travail n'est pas autorisée, hormis en cas d'urgence et de gravité.

L'usage est toléré pendant les temps de pause et de repas. Il doit rester discret et ne pas occasionner de gêne pour les patients/résidents ou le personnel du service.

Il est recommandé de s'isoler pour téléphoner. Hors des temps de pause et de repas, le téléphone sera programmé en mode silencieux.

L'usage répété et abusif, pendant le temps de travail à des fins personnelles, est passible de sanction.

#### **ARTICLE 9 : INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE**

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique des incidents graves susceptibles de porter atteinte à la sécurité des patients ou de l'établissement, ou de générer un dysfonctionnement préjudiciable à la sécurité dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

De même, il doit aviser son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée.

#### **ARTICLE 10 : OBLIGATION DE SIGNALEMENT DE TOUT INCIDENT OU RISQUE**

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée, ainsi que son supérieur hiérarchique.

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de la signaler. Il adresse son signalement selon les procédures définies et, en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'événement déclaré, à la direction.

#### **ARTICLE 11 : OBLIGATION DE DEPOSER LES BIENS CONFIES PAR LES PATIENTS/RESIDENTS OU TROUVES DANS L'HOPITAL**

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui serait confiés exceptionnellement par des patients. Ces biens sont déposés sans délai auprès du régisseur ou, en dehors des heures d'ouverture de la régie, dans un coffre destiné à cet usage.

Tout bien découvert ou trouvé au sein de l'établissement est directement remis au cadre désigné par le directeur, pour en organiser la conservation et en assurer la restitution.

#### **ARTICLE 12 : BON USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION**

Chaque agent, dans ses propres situations de travail, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. Il doit appliquer les dispositions légales en la matière en respectant les chartes et règlements dont l'institution se dote.

Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable.

#### **ARTICLE 13 : BON USAGE DES BIENS DE L'HOPITAL**

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 le Centre Hospitalier d'ALBI.

L'hôpital est amené à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

## **ARTICLE 14 : TEMOIGNAGE EN JUSTICE OU AUPRES DES AUTORITES DE POLICE OU DE GENDARMERIE**

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

## **CHAPITRE III – DROITS DES PERSONNELS**

### **ARTICLE 1 : LIBERTE D'OPINION – NON-DISCRIMINATION**

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires.

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

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

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe.

La carrière d'un fonctionnaire candidat à une élection ou élu ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de leur campagne électorale ou de leur mandat.

De même, la carrière des fonctionnaires siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils ont prises.

### **ARTICLE 2 : PROTECTION CONTRE LE HARCELEMENT**

La carrière du fonctionnaire ne pourra en aucune manière être affectée en raison de la circonstance qu'il aura subi ou refusé de subir des agissements de toute personne qui, abusant de son autorité, aura tenté d'obtenir des faveurs à caractère sexuel. Les fonctionnaires qui auront relaté ou témoigné sont également protégés.

Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.



### **ARTICLE 3 : LIBERTE D'EXPRESSION**

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

### **ARTICLE 4 : LIBERTE SYNDICALE – DROIT DE GREVE**

Tous les personnels disposent du droit de grève sous réserve que la continuité du service public soit assurée.

La détermination des effectifs nécessaires dans les services est arrêtée par le Directeur, après concertation avec les organisations syndicales, en tenant compte de la sécurité des patients, de la préservation des matériels et bâtiments. Le Directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum.

Un délai de préavis de 5 jours francs doit être respecté avant le début de la grève. Il doit préciser le ou les motifs de recours à la grève.

### **ARTICLE 5 : PROTECTION ORGANISEE DES FONCTIONNAIRES**

Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'établissement dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales.

Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

L'établissement est tenu de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en a résulté.

La collectivité publique est tenue d'accorder sa protection au fonctionnaire ou à l'ancien fonctionnaire dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

### **ARTICLE 6 : DROIT D'ACCES A SON DOSSIER ADMINISTRATIF**

Tout fonctionnaire a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Les demandes doivent être adressées à la direction des ressources humaines de l'hôpital.

### **ARTICLE 7 : DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL**

Au sein de l'hôpital, les diverses dispositions prises relativement au temps de travail et aux droits afférents sont rassemblées dans le référentiel de gestion du temps de travail, disponible auprès de la direction des ressources humaines.

### **ARTICLE 8 : HYGIENE ET SECURITE DES CONDITIONS DE TRAVAIL**

Les conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux fonctionnaires durant leur travail.

### **ARTICLE 9 : DROIT A LA FORMATION**

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie ainsi que le développement professionnel continu (DPC) sont reconnus aux fonctionnaires, selon les conditions et modalités définies par décret.

Les fonctionnaires peuvent également bénéficier de périodes de professionnalisation comportant des actions de formation en alternance et leur permettant soit d'exercer de nouvelles fonctions au sein d'un même corps ou cadre d'emplois, soit d'accéder à un autre corps ou cadres d'emplois.

# TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

---

## **ARTICLE 1 : APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR**

Conformément au code de la santé publique, le règlement intérieur de l'établissement est arrêté par le directeur après concertation avec le directoire et après avis de la CME, du CTE et du conseil de surveillance de l'établissement.

Les modifications à apporter au règlement intérieur sont adoptées dans la même forme et selon la même procédure que celles décrites ci-dessus.

## **ARTICLE 2 : MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR**

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

Il sera également consultable via la gestion documentaire.

## **ARTICLE 3 : MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR**

Les mises à jour sont proposées par un comité de suivi\* (sous l'égide de la direction des affaires générales) qui se réunit une fois par an au minimum.

Il appartient à chaque direction, en fonction des évolutions réglementaires, d'alerter la direction des affaires générales sur les modifications à apporter à la rédaction du règlement intérieur.

La direction des affaires générales regroupe les nouvelles propositions de rédaction et prépare leur présentation aux instances.

\*Composition dudit comité : le Directeur ou son représentant, le Directeur des affaires générales, le Directeur des ressources humaines, le Directeur des services techniques, le Directeur de la qualité, le Coordonnateur général des soins, l'Attaché chargé des Affaires Générales.