

**REGLEMENT INTERIEUR
DU CENTRE HOSPITALIER
LA CHARTREUSE**



SOMMAIRE

PREAMBULE	1
CHAPITRE I : DISPOSITIONS RELATIVES AU CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE	3
SECTION 1 : PRESENTATION GENERALE	5
SECTION 2 : ORGANISATION ADMINISTRATIVE	7
1. DIRECTEUR	7
2. LE DIRECTOIRE	7
3. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE	7
SECTION 3 : LES INSTANCES CONSULTATIVES GENERALES	13
1. COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)	13
2. COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT (CTE)	20
SECTION 4 : LES INSTANCES CONSULTATIVES SPECIALISEES	25
1. COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDIO-TECHNIQUES (CSIRMT)	25
2. COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE (CAP)	28
3. COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT)	29
SECTION 5 : LES INSTANCES SPECIALISEES	33
1. COMMISSION DES USAGERS (CDU)	33
2. COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CLIN)	36
3. COMITE DE COORDINATION DES VIGILANCES ET DES RISQUES (COVIRIS)	37
4. COMITE ETHIQUE	38
5. COMMISSION D'ACTIVITE LIBERALE	38
6. COMITE DE LIAISON ALIMENTATION ET NUTRITION (CLAN)	39
7. COMITE DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES (COMEDIMS)	39
8. COMITE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)	40
9. COMITE CULTUREL	40
10. COLLEGE DU DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE (DIM)	40
11. COMITE HOPITAL SANS TABAC	40
12. COMITE REFLEXION PREVENTION VIOLENCES (CRPV)	40
13. COMMISSION MEDICO-ADMINISTRATIVE D'EXAMEN DES DEMANDES D'ADMISSIONS EXCEPTIONNELLES ET DE LEUR SUIVI	40
SECTION 6 : ORGANISATION MEDICALE	41
1. POLES - ORGANISATION INTERNE	41
2. STATUTS DES PERSONNELS MEDICAUX	42
3. OBLIGATIONS DEONTOLOGIQUES	51
4. PERMANENCE MEDICALE DES SOINS – SERVICE DE GARDE	52
CHAPITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTATIONS EXTERNES	53
SECTION 1 : LES MODALITES D'HOSPITALISATION	55
1. HOSPITALISATION LIBRE (HL)	55
2. SOINS SANS CONSENTEMENT	55
3. TRANSFERT POUR SOINS SOMATIQUES	61
SECTION 2 : LE PARCOURS DU PATIENT	63
1. L'ADMISSION	63
2. LE SEJOUR	64
3. LA SORTIE	66
4. LE DECES A L'HOPITAL	67
SECTION 3 : DROITS ET OBLIGATIONS DES PERSONNES EN SOINS ET DES VISITEURS	69

1.	PERSONNE DE CONFIANCE	69
2.	CONSENTEMENT ECLAIRE	69
3.	DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE ET DE L'INTIMITE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4.	NON DIVULGATION DE PRESENCE	70
5.	L'EXPRESSION DE LA VOLONTE DES MALADES EN FIN DE VIE	70
6.	DROIT D'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES	71
7.	PLAINTES ET RECLAMATIONS	72
8.	AUTRES DROITS	72
9.	ENQUETES DE SATISFACTION	73
10.	OBLIGATIONS DES PERSONNES EN SOINS ET DES VISITEURS	73
11.	MODALITES PARTICULIERES	76

CHAPITRE III : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS – DROITS ET OBLIGATIONS LIES A LA FONCTION PUBLIQUE

79

SECTION 1 : DROITS DES PERSONNELS	81
1. LIBERTE D'OPINION	81
2. GARANTIE GENERALE DE NON-DISCRIMINATION	81
3. LIBERTE SYNDICALE	82
4. DROIT DE GREVE	82
5. DROIT DE L'AGENT A UNE PROTECTION JURIDIQUE FONCTIONNELLE DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS	82
6. DROIT A UN DOSSIER INDIVIDUEL	83
7. DROIT A DES CONDITIONS D'HYGIENE ET DE SECURITE CORRECTES DANS SON POSTE DE TRAVAIL	83
8. DROIT A LA FORMATION PROFESSIONNELLE	83
SECTION 2 : OBLIGATIONS DES PERSONNELS	85
1. RESPONSABILITE DE LA REALISATION DES TACHES CONFIEES	85
2. OBLIGATION D'OBEISSANCE HIERARCHIQUE	85
3. CONSERVATION EN BON ETAT DES LOCAUX, MATERIELS ET EFFETS	85
4. DEVELOPPEMENT DURABLE	85
5. OBLIGATION DE DEPOT D'ARGENT, VALEURS OU OBJETS CONFIES PAR LES MALADES ET INTERDICTION DE POURBOIRE	85
6. TENUE VESTIMENTAIRE DE TRAVAIL	86
7. RESPECT DE LA TRANQUILLITE DES PERSONNES	86
8. CUMUL D'ACTIVITES	86
9. SECRET PROFESSIONNEL	86
10. OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE	86
11. RESPECT DES OBLIGATIONS DE L'AGENT AU TRAVAIL RELATIVES A LA PRESERVATION DE SA SANTE	86
12. INFORMATIONS AUX USAGERS	87
13. RESPECT DE LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE	87
14. RESPECT DE LA CHARTE INFORMATIQUE ET TELEPHONIE	87
15. RESPECT DES PROCEDURES DE TRAVAIL	87
16. EFFETS ET BIENS PERSONNELS – RESPONSABILITE	87
17. HOPITAL SANS TABAC	88
18. INTERDICTION DES SUBSTANCES ILLICITES	88
19. RESPECT DES REGLES D'HYGIENE	88
20. RESPECT DU REGLEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL	88
21. ALCOOL AU TRAVAIL	89
22. LIVRET D'ACCUEIL DU PERSONNEL	89
23. RELATIONS AVEC LES PATIENTS	89
POUR CHAQUE AGENT, QUEL QUE SOIT LE METIER EXERCE, LES RELATIONS AVEC LES PATIENTS DANS L'ETABLISSEMENT DOIVENT S'EXERCER DANS LE STRICT RESPECT DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL.	89
24. VIVRE ENSEMBLE	89

CHAPITRE IV : REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION DANS L'ENCEINTE DU CENTRE HOSPITALIER

SECTION 1 : STATIONNEMENT ET CIRCULATION	93
SECTION 2 : SECURITE	95
1. OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE	95
2. SECURITE INCENDIE	95
SECTION 3 : DISPOSITIF DE PROTECTION DES TRAVAILLEURS ISOLES	97

ANNEXES DU REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE

Annexe 1 : Organigramme des pôles du CH LA CHARTREUSE	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 2 : Composition du Directoire	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 3 : Composition du Conseil de surveillance	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 4 : Composition et règlement intérieur de la CME	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 5 : Composition du CTE	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 6 : Composition de la CSIRMT	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 7 : Composition et règlement intérieur du CHSCT	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 8 : Composition et règlement intérieur de la CDU	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 9 : Composition du COVIRIS du CH La Chartreuse	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 10 : Règlement intérieur du Comité d'éthique du CH la Chartreuse	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 11 : Composition du CLAN du CH la Chartreuse	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 12 : Composition du COMEDIMS du CH la Chartreuse	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 13 : Composition du CLUD du CH la Chartreuse	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 14 : Fiche de fonctionnement du Comité Culturel du CH la Chartreuse	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 15 : Règlement intérieur du DIM du CH la Chartreuse	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 16 : Composition du Comité Hôpital sans tabac du CH la Chartreuse	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 17 : Composition du Comité Réflexion Prévention Violences CH la Chartreuse	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 18 : Fiche de fonctionnement de la Commission Médico-Administrative CH la Chartreuse	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 19 : Procédure Soins sur Décision du Directeur d'Etablissement	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 20 : Procédure Soins sur Décision du Représentant de l'Etat	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 21 : Dépôt et retrait des objets et valeurs des patients hospitalisés PEC_PO 6	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 22 : Conduite à tenir en cas de découverte de produits illicites PEC_OPC_PO	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 23 : Conduite à tenir en cas de découverte d'armes PEC_OPC PO 10	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 24 : Signalement d'un patient en fugue PEC_OPC PR2	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 25 : Conduite à tenir en cas de décès d'un patient PEC_OPC PO 2	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 26 : Conduite à tenir en cas de décès suspect (homicide-suicide) PEC_OPC PO 3	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 27 : Charte de la personne hospitalisée	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 28 : Désignation d'une personne de confiance PEC_OPC DO 20	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 29 : Respect de la dignité et de l'intimité du patient hospitalisé au CH La Chartreuse	
OPC_DO 14	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 30 : Respect de la confidentialité de la présence du patient à l'hôpital PEC_OPC PO13_1	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 31 : Directives anticipées OPC DO 30	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 32 : Communication du dossier médical PEC_DPA PO 1	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 33 : Gestion des réclamations PEC_OPC PO 9	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 34 : Note de service n°2011/51 relative à la mise en œuvre de la loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 35 : Admission et autorisation de soins d'un mineur PEC_OPC PO 5	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 36 : Prise en charge d'un détenu au CH de la Chartreuse PEC_OPC PO 7	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 37 : Charte informatique et téléphonie	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 38 : Règlement du temps de travail	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 39 : Conduite à tenir par le personnel soignant en cas de déclenchement de l'alarme incendie	
SEC_PR 2	Erreur ! Signet non défini.

PREAMBULE

Le Centre Hospitalier la Chartreuse est un établissement de santé autonome animé et géré par un directeur d'hôpital, assisté d'un directoire à majorité médicale, et sous le contrôle d'un conseil de surveillance. Ses missions couvrent le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, avec des actions de prévention, diagnostic, soins, réadaptation et réinsertion sociale. Il dispose d'équipes pluridisciplinaires médicales et paramédicales. Ses projets s'inscrivent dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens passé avec l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne. Son territoire de santé de rattachement est la Côte-d'Or, avec des secteurs psychiatriques couvrant Dijon et le sud du département. Les structures intra hospitalières sont situées à Dijon, près du lac Kir, sur le site de la Chartreuse de Champmol, haut lieu de l'histoire de la Bourgogne. Les structures extra hospitalières sont implantées en zone urbaine et rurale, au plus près des lieux de prise en charge des patients.

Le Centre hospitalier La Chartreuse dispose :

1/ D'unités de soins et ambulatoires à temps partiel

En psychiatrie adulte :

- 5 secteurs de psychiatrie adulte,
- une Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation (UMAO)
- une Fédération de gérontopsychiatrie
- une Fédération de réinsertion-réadaptation
- une Unité de Soins et d'Accompagnement Long Personnalisé (USALP),
- 10 CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel),
- 7 Hôpitaux de Jour (HJ)
- 9 Centres Médico-Psychologiques (CMP)

En pédopsychiatrie :

- un intersecteur de pédopsychiatrie,
- 8 CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel),
- 7 hôpitaux de jour, dont 1 pour adolescents
- 7 Centres Médico-Psychologiques

2/ D'unités spécialisées

- une équipe au service des personnes exclues du soin (ELIPSES)
- une unité du sommeil
- une unité d'électroconvulsivothérapie
- une unité d'addictologie (EOLE)
- Une unité sanitaire psychiatrique de niveau 2 (USP)
- un centre régional de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS)

3/ D'une plateforme médico-sociale

- un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),
- un EHPAD/ une USLD « Les Vergers de la Chartreuse»,
- un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM JB PUSSIN),
- un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH),
- une maison communautaire « Lucie en Carrois »,
- deux unités pour déficients mentaux profonds
- un centre de ressources maladie et handicap psychique (CReMHPsy)

4/ D'une Maison des Adolescents, l'Adosphère

La politique générale de l'établissement est déterminée par le **Directoire, présidé par le Directeur de l'établissement, ce dernier ayant le pouvoir de décision.**

La mise en œuvre de cette politique est assurée par une équipe de direction composée :

- du Directeur
- du Directeur des Affaires Financières et des Systèmes d'Informations (DAFSI)
- du Directeur du service Qualité Risques et des Affaires Générales (DQR-DAG)
- du Directeur des Ressources Humaines (DRH)
- du Directeur des Services Economiques et Techniques (DSET)
- du Directeur des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (DSIRMT)

Le **Conseil de Surveillance** se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il est présidé par un de ses membres élu en son sein.

Procédure d'adoption du règlement intérieur :

Le règlement intérieur est arrêté par le Directeur Général, après concertation du Directoire et avis du Conseil de Surveillance (article L6143-1 7° du Code de la Santé Publique), de la CME, du CTE.

Le CSIRMT doit en être informé.

Le règlement intérieur devient exécutoire de plein droit dès sa réception par le Directeur Général de l'ARS.

Procédure de modification du règlement intérieur :

Les demandes et propositions de modifications du présent règlement intérieur sont adressées à la Direction Générale de l'établissement qui les met en œuvre en suivant la procédure qui a prévalu pour son adoption.

Les pouvoirs de police administrative du Directeur d'établissement :

L'Article L 6143-7 du Code de la santé publique donne notamment pour mission au directeur d'assurer la gestion et la conduite générale de l'établissement. Il doit, ainsi, en sa qualité d'autorité de police administrative mettre en œuvre et assumer ses décisions individuelles et collectives prises pour assurer le respect des règlements, l'ordre public et la sécurité.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS RELATIVES AU CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE

SECTION 1 : PRESENTATION GENERALE

Le CH La Chartreuse est divisé en pôles :

- Pôle A :
 - Secteur 2
 - Secteur 5
 - USP
 - Fédération de Géro-onto-Psychiatrie
 - Réinsertion Réadaptation
 - ELIPSES
 - Maison des Usagers
- Pôle B :
 - Secteur 4
 - Secteur 6
 - Secteur 7
- Pôle de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :
 - Unités à vocation intersectorielle
 - Dijon et Agglomération
 - Sud Cote d'Or
- Pôle E :
 - Bloc médical
 - Education thérapeutique
 - Pharmacie
 - Département d'Informations Médicales
 - Unité Centralisée des Dossiers Médicaux
 - Hygiène Hospitalière
 - Unité de recherche clinique
- Plateforme Médico-sociale :
 - Gériatrie (EHPAD/USLD)
 - Handicap psychique
 - Addictologie
 - Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
 - Centre de ressources maladie et handicap psychique (CReMHPSy)
- Pôle F : Management et gestion des ressources :
 - Direction Générale
 - Direction des Affaires Financières et du Système d'Information
 - Direction des Affaires Générales
 - Direction Qualité Risques
 - Direction des Ressources Humaines
 - Direction des Services Economiques, Techniques
 - Direction des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-technique

Cf. **annexe 1** : Organigramme des pôles du CH La Chartreuse.

SECTION 2 : ORGANISATION ADMINISTRATIVE

1. DIRECTEUR

Article L6143-7 du Code de la santé publique

EN RÉSUMÉ

Le Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse, Président du Directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il présente l'établissement dans les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le Directeur a une compétence générale dont les dispositions sont précisées par l'article L6143-7 du Code de la Santé Publique. Le Directeur est assisté d'une équipe de direction et peut déléguer sa signature dans les conditions définies par le Code de la Santé Publique.

2. LE DIRECTOIRE

Article L.6143-7- 5 du Code de la Santé Publique

cf. : [annexe 2 : Composition du Directoire.](#)

3. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Attributions : Article L.6143-1 du Code de la santé publique :

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

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

Il donne son avis sur :

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

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

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

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

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

Composition : Article L6143-5 et – 6 du Code de la Santé Publique

Le conseil de surveillance est composé comme suit :

1° Au plus cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, 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 général ou son représentant ;

2° 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 médico-techniques, les autres membres étant désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement ;

3° Au plus cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1, désignées par le représentant de l'Etat dans le département.

Le nombre de membres de chacun des collèges est identique.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés au 1° et au 3°. Le vice-président du directoire participe aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative.

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1.

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Dans les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L. 6141-2, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies participe, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par décret.

Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

1° A plus d'un titre ;

2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

3° S'il est membre du directoire ;

4° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 ;

5° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;

6° S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;

7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

Fonctionnement : Article R 6143 -8 et -11 du Code de la Santé Publique

Le conseil de surveillance se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil de surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative.

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

Les convocations à la première réunion du conseil de surveillance sont adressées par le président du directoire.

Les autres modalités de la convocation du conseil de surveillance sont fixées par son règlement intérieur.

Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an sauf si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur.

Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques.

Les membres du conseil de surveillance ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

EN RÉSUMÉ

Le conseil de surveillance comprend trois collèges où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants des personnels de l'établissement et des personnalités qualifiées, dont des représentants d'usagers.

Son président est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées.

Le conseil de surveillance est doté de certaines attributions.

Tout d'abord il se prononce sur la stratégie.

Ensuite, il exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement :

- il communique au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS) ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement ;
- il opère à tout moment 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 ;
- le conseil de surveillance formule ses observations sur les comptes de l'exercice qui lui sont adressés par le directeur aux fins de vérification (Art. D. 6143-18 du Code de la Santé Publique) ;
- si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, il nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes ;
- il entend le directeur sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ainsi que sur le programme d'investissement.

Il délibère sur :

- le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 du Code de la Santé Publique ;
- la convention constitutive des CHU et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du Code de la Santé Publique ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un CHU est partie prenante, ainsi que sur tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres

de son directoire ou de son conseil de surveillance ;

Enfin, il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 du Code de la Santé Publique;

Cf. **annexe 3** : Composition du Conseil de surveillance.

SECTION 3 : LES INSTANCES CONSULTATIVES GENERALES

1. COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)

Missions : **Article R.6144-1** , R.6144-1- 1 et R. 6144-2, -1,-2 du code de la Santé Publique :

I. La commission médicale d'établissement est consultée sur les matières suivantes sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté; ces matières sont les suivantes:

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article [L. 6143-1](#) ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article [L. 6143-3](#) ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article [L. 6143-7](#) ; A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles 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 groupement hospitalier de territoire

II. La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :

- 1° Le projet médical de l'établissement ;
- 2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- 3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- 4° La politique de formation des étudiants et internes ;
- 5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 6° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 7° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- 10° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 11° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

III. La commission médicale d'établissement est informée sur les matières suivantes :

- 1° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- 2° Les contrats de pôles ;

3° Le bilan annuel des tableaux de service ;

4° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

5° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

IV. La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;

2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;

3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;

4° La prise en charge de la douleur ;

5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

V. La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

1° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;

2° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;

3° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;

4° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;

5° L'organisation des parcours de soins.

VI. La commission médicale d'établissement :

1° Propose au directeur le programme d'actions mentionné à [l'article L. 6144-1](#). Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article [L. 6111-2](#). Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

2° Elabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

Composition : Article R.6144-3 ; -2 et R.6144-4 ; -5 ; -6 du code de la Santé Publique :

I. La composition de la commission médicale d'établissement des centres hospitaliers est fixée comme suit :

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

II. Assistent en outre avec voix consultative :

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

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

La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

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

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

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

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

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

Les représentants des étudiants hospitaliers sont désignés pour deux ans. Ils sont nommés par le président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein des conseils des unités de formation et de recherche liées par convention à l'établissement. Un représentant des étudiants en maïeutique est nommé pour deux ans par le président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil de la composante universitaire liée par convention à l'établissement ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil technique de l'école hospitalière rattachée à l'établissement.

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

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

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans des conditions prévues par le règlement intérieur de l'établissement.

- V. La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur de l'établissement. Il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement.

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres. Toutefois, lorsque les praticiens titulaires ne forment pas la majorité des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, le règlement intérieur peut prévoir que le président et le vice-président sont élus parmi l'ensemble des membres de la commission.

Pour les centres hospitaliers universitaires, la commission élit, en son sein, son président parmi les personnels enseignants et hospitaliers et son vice-président parmi les praticiens titulaires. Toutefois, en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et universitaires, le président peut être élu parmi les praticiens titulaires de l'établissement.

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

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement prennent fin sur présentation de sa démission au président du directoire ou au terme du mandat de la commission médicale d'établissement qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission médicale d'établissement, ses fonctions au sein de la commission médicale d'établissement sont assumées par le vice-président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle. **Toutefois le règlement intérieur peut prévoir une exception à cette règle si l'effectif médical de l'établissement le justifie.** Par dérogation au sixième alinéa de l'article R. 6144-4, lorsqu'un chef de pôle est élu président de la commission et qu'il perd en cours de mandat la qualité de chef de pôle, il continue d'exercer son mandat de président.

Le président de la commission médicale d'établissement veille au bon fonctionnement de la commission.

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission médicale d'établissement définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions suivantes.

La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour. Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'Agence Régionale de Santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur.

Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elles sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

L'établissement concourt au bon fonctionnement de la commission médicale d'établissement et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

EN RÉSUMÉ

Son président a vu ses fonctions élargies par le décret n°2009-1762, relatif au président de la CME. (Article D 6143-37 du Code de la Santé Publique).

Composition :

1. Avec voix délibérative :
 - L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ;
 - Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
 - Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
 - Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral de l'établissement ;
 - Des représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
 - Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.
2. Avec voix consultative :
 - Le président du directoire ou son représentant ;
 - Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
 - Le praticien référent de l'information médicale ;
 - Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
 - Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
 - Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

Compétences :

- Attributions générales

La commission médicale d'établissement est consultée sur les matières suivantes (communes au comité technique d'établissement) :

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

La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :

- Le projet médical d'établissement,
- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement,
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement,
- La politique de formation des étudiants et internes,
- La politique de recrutement des emplois médicaux,
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement,
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques,
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social,
- Le règlement intérieur de l'établissement,
- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La commission médicale d'établissement est informée sur les matières suivantes :

- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement,
- Les contrats de pôles,
- Le bilan annuel des tableaux de service,
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

- Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement,
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- La prise en charge de la douleur,
- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

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

- La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;

- L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- L'organisation des parcours de soins.

La commission médicale d'établissement :

- Propose au directeur le programme d'actions mentionné à l'article L. 6144-1 du Code de la Santé Publique. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2 du Code de la Santé Publique. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

- Elabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi. Le directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

Fonctionnement :

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement prennent fin sur présentation de sa démission au président du directoire ou au terme du mandat de la commission médicale d'établissement qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission médicale d'établissement, ses fonctions au sein de la commission médicale d'établissement sont assumées par le vice-président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle. Toutefois le règlement intérieur peut prévoir une exception à cette règle si l'effectif médical de l'établissement le justifie.

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier La Chartreuse autorise le cumul des fonctions de Président de la CME et de Chef de Pôle.

Le président de la commission médicale d'établissement veille au bon fonctionnement de la commission.

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission médicale d'établissement définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions suivantes :

La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour.

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'Agence Régionale de Santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur.

Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

L'établissement concourt au bon fonctionnement de la commission médicale d'établissement et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

Cf. **annexe 4 : Composition et règlement intérieur de la CME.**

2. COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT (CTE)

Article R.6144-40 et R.6144-42 ; -43 et suivants du Code de la Santé Publique

Missions :

I. Le comité technique d'établissement est consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- 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 groupement hospitalier de territoire.

II. Le comité technique d'établissement est également consulté sur les matières suivantes :

- 1° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- 2° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- 3° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- 4° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- 5° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 6° Le règlement intérieur de l'établissement.

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.

Composition :

- I. Le comité technique d'établissement comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, président, les représentants du personnel suivants :

[...]

8° Dans les établissements de mille à mille neuf cent-quatre-vingt-dix-neuf agents : douze membres titulaires et douze membres suppléants ;

[...]

Pour le calcul des effectifs mentionnés du 1° au 8° du présent article, sont pris en compte l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires, des agents contractuels mentionnés au [premier alinéa de l'article 1er du décret n° 91-155 du 6 février 1991](#) relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'[article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986](#) portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi que les contractuels de droit public n'occupant pas un emploi permanent et les contractuels de droit privé, à l'exception des personnels mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires. Cet effectif est apprécié le dernier jour du mois précédant de six mois la date du scrutin.

Le nombre de sièges à pourvoir par collèges est affiché dans l'établissement au plus tard trente jours après la détermination de l'effectif à prendre en compte pour déterminer le nombre de représentants à élire.

- II. Le nombre des représentants à élire ou à désigner dans le cas du recours au scrutin sur sigle pour chaque collège est proportionnel à l'effectif des agents qui en relèvent.

Les sièges sont attribués selon la règle suivante :

1° Il est attribué à chaque collège le nombre de sièges correspondant à la partie entière de la proportion ;

2° Les sièges restant à attribuer le sont par ordre décroissant de la décimale jusqu'à atteindre le nombre total prévu aux 6°, du I du présent article.

Toutefois, cette règle ne doit pas conduire à ce que :

a) Sous réserve de l'application des dispositions de l'article [R. 6144-45](#) du présent code, un collège n'ait aucun siège ;

b) Le nombre de sièges des représentants de la catégorie A soit inférieur à deux dans les établissements de cinq cents à mille neuf cent quatre-vingt-dix-neuf agents et à trois dans les établissements de deux mille agents et plus.

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

La durée du mandat peut être exceptionnellement réduite ou prorogée, dans un intérêt de service, par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Cette réduction ou prorogation ne peut excéder une durée d'un an.

Lors du renouvellement d'un comité technique d'établissement, les nouveaux membres entrent en fonctions à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

EN RÉSUMÉ

Composition :

1. Avec voix délibérative

Les représentants du personnel non médical relevant du statut de la Fonction Publique Hospitalière sont répartis en collèges. Les élections se font à partir des listes déposées par les organisations syndicales. Les membres sont élus pour un mandat de 4 ans renouvelables, s'ils sont réélus.

Pour être élus, les personnels doivent être titulaires, stagiaires ou contractuels en fonction dans l'établissement depuis au moins 3 mois. Les élections, fixées par voie réglementaire, sont organisées et contrôlées par le Directeur.

2. Avec voix consultative

- Le Président : le Directeur ou son représentant
- Le représentant de la CME

Compétences :

Le CTE est consulté sur les matières suivantes (communes à la commission médicale d'établissement):

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

Le CTE 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 CTE 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.

Fonctionnement :

Le CTE se réunit au moins 4 fois par an.

Le secrétariat est assuré par l'un des représentants du personnel élu. Les procès-verbaux des séances doivent être portés à la connaissance du Conseil de surveillance et du personnel par voie d'affichage et approuvés lors de la séance suivante.

Le CTE émet des avis et vœux qui sont transmis au Conseil de surveillance.

Le Directeur doit informer, dans un délai de 2 mois et par écrit, les membres du CTE de la suite donnée à leurs avis et vœux.

Le CTE élit un de ses membres pour se faire représenter à la Commission Médicale d'Etablissement.

Cf. **annexe 5** : Composition du CTE.

SECTION 4 : LES INSTANCES CONSULTATIVES SPECIALISEES

1. COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDIO-TECHNIQUES (CSIRMT)

Art. R.6146-10 ; -11 ; -12 ; -13 ; -14 ; - 15 ; -16 du code de la Santé Publique

Missions :

- I. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par l'article L. 6146-9 du code de la santé publique est consultée pour avis sur :

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

- II. Elle est informée sur :

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

Composition :

- I. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques :

Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les représentants élus constituent trois collèges :

- 1° Collège des cadres de santé ;
- 2° Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 3° Collège des aides-soignants.

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

II. Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

a) Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

b) Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement ;

c) Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale ou des directeurs des instituts de formation s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;

d) Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation ou de l'école ou des directeurs des instituts de formation ou des écoles s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;

e) Un représentant de la commission médicale d'établissement.

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

Election des membres :

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 secret uninominal majoritaire à un tour.

Le nombre de sièges au sein de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est déterminé par le règlement intérieur de l'établissement dans la limite de 30 membres élus pour les centres hospitaliers et de 40 membres élus pour les centres hospitaliers universitaires.

Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable. Le président du directoire arrête la liste des membres composant la commission.

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

La date de l'élection est fixée par le directeur de l'établissement. Un mois au moins avant, le directeur publie par voie d'affichage la date retenue, la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges.

Le procès-verbal des opérations électorales est établi par le directeur de l'établissement et affiché immédiatement pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur de l'établissement avant l'expiration de ce délai. A l'issue de ce délai, le directeur proclame les résultats du scrutin.

Fonctionnement :

La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, 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.

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.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au directoire.

EN RÉSUMÉ

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les représentants des psychologues et de la filière socio-éducative participent à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les représentants élus constituent trois collèges :

1° Collège des cadres de santé ;

2° Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

3° Collège des aides-soignants.

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

Représentants avec voix délibérative :

La pondération de la représentation de ces trois collèges relève du règlement intérieur de l'établissement. Elle comprend au maximum 30 membres.

Participent avec voix consultative :

Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

Compétences :

- La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par l'article L. 6146-9 du code de la santé publique est consultée pour avis sur :

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

- Elle est informée sur :

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

Fonctionnement :

- La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, 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.

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.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au directoire.

Cf. **annexe 6 : Composition de la CSIRMT.**

2. COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE (CAP)

Compétences :

Elles sont consultées obligatoirement sur les questions relatives à la situation individuelle des agents notamment la titularisation, l'avancement de grade et d'échelon, (...) tel que le prévoient les conditions réglementaires.

Fonctionnement :

Il existe trois catégories de CAP :

- Les **CAP Nationales** : placées sous l'autorité du Ministre de la Santé et compétentes pour les corps de catégorie A recrutés et gérés au niveau national.
- Les **CAP Départementales** : constituées par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé et compétentes pour les fonctionnaires qui ne bénéficient pas d'une CAP locale dans leur établissement faute d'un nombre suffisant d'agents. Elles sont présidées par le président du Conseil de Surveillance de l'établissement qui en assure la gestion.
- Les CAP Locales : Composées à parité :
 - Pour l'administration : de représentants de l'administration désignés par le conseil de surveillance en son sein, et des agents titulaires de catégorie A ;
 - Pour le personnel : de représentants du personnel élus parmi le personnel sur des listes de candidats présentés par les organisations syndicales lors des élections professionnelles ;

Leurs membres sont élus pour 4 ans.

Le Directeur ne peut siéger à ces commissions en qualité de représentant de l'administration.

Conseil de discipline :

Article 30 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors : « En cas de faute grave commise par un fonctionnaire, qu'il s'agisse d'un manquement à ses obligations professionnelles ou d'une infraction de droit commun, l'auteur de cette faute peut être suspendu par l'autorité ayant pouvoir disciplinaire qui saisit, sans délai, le conseil de discipline. »

Article 82 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : « L'autorité investie du pouvoir de nomination exerce le pouvoir disciplinaire après avis de la commission administrative paritaire siégeant en conseil de discipline et dans les conditions prévues à l'article 19 du titre 1er du statut général. »

Décret n°89-822 du 7 novembre 1989 relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière.

3. COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT)

Article R.4615-1 du code du Travail

Les dispositions des chapitres premier à IV s'appliquent aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux et aux syndicats inter-hospitaliers mentionnés à [l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986](#) portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, sous réserve des dispositions particulières prévues par le présent chapitre.

Missions : L.4612-1 à L.4612-5 du code du Travail

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission :

1° De contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure ;

2° De contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ;

3° De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes. Il procède à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral et du harcèlement sexuel. Le refus de l'employeur est motivé.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède, à intervalles réguliers, à des inspections. La fréquence de ces inspections est au moins égale à celle des réunions ordinaires du comité.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Composition : L.4613-1 et -2 du Code du Travail :

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail comprend l'employeur et une délégation du personnel dont les membres sont désignés par un collège constitué par les membres élus du comité d'entreprise et les délégués du personnel.

L'employeur transmet à l'inspecteur du travail le procès-verbal de la réunion de ce collège.

La composition de la délégation des représentants du personnel, en fonction de l'effectif de l'entreprise, les autres conditions de désignation des représentants du personnel ainsi que la liste des personnes qui assistent avec voix consultative aux séances du comité, compte tenu des fonctions qu'elles exercent dans l'établissement, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Le ou les médecins du travail chargés de la surveillance médicale du personnel figurent obligatoirement sur la liste mentionnée au premier alinéa.

Fonctionnement : Article L4614-3 à L.4614-16 du Code du Travail :

L'employeur laisse à chacun des représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail le temps nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.

Ce temps est au moins égal à : 4° Quinze heures par mois dans les établissements employant de 500 à 1 499 salariés ;

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail se réunit au moins tous les trimestres à l'initiative de l'employeur, plus fréquemment en cas de besoin, notamment dans les branches d'activité présentant des risques particuliers.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail reçoit de l'employeur les informations qui lui sont nécessaires pour l'exercice de ses missions, ainsi que les moyens nécessaires à la préparation et à l'organisation des réunions et aux déplacements imposés par les enquêtes ou inspections.

Les membres du comité sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par l'employeur.

Ils sont tenus au secret professionnel pour toutes les questions relatives aux procédés de fabrication.

Les représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail bénéficient de la formation nécessaire à l'exercice de leurs missions. Cette formation est renouvelée lorsqu'ils ont exercé leur mandat pendant quatre ans, consécutifs ou non.

Dans les établissements où il n'existe pas de comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, et dans lesquels les délégués du personnel sont investis des missions de ce comité, les délégués du personnel bénéficient de la formation prévue au premier alinéa.

Cf. **annexe 7 : Composition et règlement intérieur du CHSCT.**

Au Centre Hospitalier La Chartreuse, le règlement intérieur est soumis à l'avis du CHSCT.

SECTION 5 : LES INSTANCES SPECIALISEES

1. COMMISSION DES USAGERS (CDU)

Art. R. 1112-79 à -94 du Code de la santé publique

La commission des usagers mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 est instituée dans chaque établissement de santé public ou privé ainsi que dans les syndicats interhospitaliers et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

Missions :

I. La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches :

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressé à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches, ainsi que les réponses qui sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Dans les conditions prévues aux [articles R. 1112-93 et R. 1112-94](#), 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.

II. La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet :

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

a) Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement conformément au 3° de [l'article L. 6144-1](#) ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;

b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressée à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;

c) Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de [l'article L. 1112-1](#) ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;

d) Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à [l'article L. 1112-2](#), en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;

e) Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

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

a) 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 ;

b) Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'organe collégial qui en tient lieu 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 oeuvre ;

c) 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 ;

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport mentionné à [l'article L. 1112-3](#).

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil d'administration ou à l'organe collégial qui en tient lieu, 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, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'Agence Régionale de Santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Composition :

I. - La commission est composée comme suit :

1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;

2° Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;

3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à [l'article R. 1112-83](#).

Le règlement intérieur de l'établissement peut compléter la composition de la commission dans les conditions prévues aux II à VI ci-dessous.

II. - Dans les établissements publics de santé, autres que l'Assistance publique-hopitaux de Paris, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;

2° Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parmi les membres mentionnés au b de l'article R. 714-62-2 ;

3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;

4° Un représentant du conseil de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Fonctionnement :

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel mentionnés aux 2° des IV, V et VI de [l'article R. 1112-81](#) 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 titres desquels les intéressés ont été désignés

En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Le responsable de la politique de la qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative.

La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

Les membres de la commission, autres que le président, qui sont concernés par une plainte ou une réclamation ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause.

Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant.

Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le représentant légal, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin. Dans les établissements mentionnés au VI de l'article R. 1112-81, le praticien est désigné par le représentant légal de l'établissement.

La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises dans les conditions prévues à l'article R. 1112-94. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

L'ordre du jour, qui comporte notamment les questions dont l'inscription a été demandée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative, 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.

La commission établit son règlement intérieur. Le secrétariat est assuré à la diligence du représentant légal de l'établissement. Chaque établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission.

Examen des plaintes et réclamations :

Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine. Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à l'article R. 1112-93, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, le rencontre a lieu dans les huit jours

suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement.

Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission.

Cf. [annexe 8](#) : **Composition et Règlement intérieur de la CDU du CH La Chartreuse.**

2. COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CLIN)

Articles R.6111-7 à R.6111-8 du Code de la Santé Publique

En vue d'assurer sa mise en œuvre, il est constitué au sein de chaque établissement une équipe opérationnelle d'hygiène composée notamment de personnel médical ou pharmaceutique et de personnel infirmier désignés par le représentant légal de l'établissement après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics.

L'équipe opérationnelle d'hygiène assiste la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement dans la proposition des actions de lutte contre les infections nosocomiales et dans l'élaboration des indicateurs de suivi de la mise en œuvre de ces mesures.

Les membres de cette équipe reçoivent une formation adaptée à l'exercice de leur mission. Ils ont accès aux données et aux informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers, qui leur sont nécessaires.

Un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales est établi par l'équipe opérationnelle d'hygiène selon un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la santé.

EN RÉSUMÉ

Le CLIN assure la prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux lié aux soins, notamment par :

- L'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène, en collaboration avec les référents hygiène.
- La surveillance des infections nosocomiales et leur signalement. Le recueil des informations concernant les infections nosocomiales et celles devant être signalées. La participation aux investigations lors de la survenue d'évènements graves.
- La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales.

- L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions.

Le bon usage des antibiotiques et la lutte contre les bactéries multi résistantes.

A la Chartreuse, le CLIN est intégré dans le Comité de Coordination des Vigilances et des Risques (COVIRIS).

Cf. **annexe 9 : Composition du COVIRIS du CH La Chartreuse.**

3. COMITE DE COORDINATION DES VIGILANCES ET DES RISQUES (COVIRIS)

Article D 4135-4 du code de la Santé Publique :

La déclaration des événements porteurs de risques est effectuée par le médecin :

1° Soit par l'intermédiaire d'une instance créée à cet effet par le règlement intérieur de l'établissement et dont les membres sont nommés par la commission médicale d'établissement, la conférence médicale ou la commission médicale. Cette instance transmet les événements porteurs de risque à l'organisme agréé désigné par le médecin ;

2° Soit directement auprès d'un organisme agréé selon des modalités définies par le collège de la Haute Autorité de Santé.

La déclaration des événements considérés comme porteurs de risques est transmise à l'organisme agréé selon des modalités garantissant l'anonymat du patient. Les données relatives aux événements porteurs de risque sont transmises à la Haute Autorité de santé par les organismes agréés selon des modalités garantissant l'anonymat du patient, du médecin et de l'établissement.

Concernant l'instance COVIRIS :

Il coordonne la politique de gestion des risques, des vigilances et de la qualité.

L'établissement décline une politique de gestion des risques, des vigilances et de la qualité pour :

- Accroître le niveau de sécurité, de confort et de satisfaction des usagers
- Améliorer la qualité de prestation et le niveau de satisfaction des usagers et des professionnels
- Réagir rapidement et apporter des actions correctives autant que possible aux risques identifiés auxquels est confronté l'établissement
- Anticiper par la mesure et l'analyse les risques qui pourraient survenir dans un but de réduction avant leur réalisation
- Intégrer les enjeux de santé publique à l'approche individuelle de gestion des événements indésirables.

La politique vise à :

- Harmoniser l'organisation et les procédures
- Coordonner l'ensemble des risques et des vigilances au sein de l'établissement
- Développer une culture de la qualité, des risques et des vigilances
- Faciliter la mise en œuvre et le suivi d'un programme d'amélioration de la qualité, de gestion des risques et des vigilances

- Evaluer et réajuster le programme d'amélioration de la qualité, de gestion des risques et des vigilances.

Cf. **annexe 9** : Composition du **COVIRIS** du CH La Chartreuse.

4. COMITE ETHIQUE

Le Comité Ethique est une instance pluridisciplinaire, consultative et indépendante composée de professionnels de la santé et de personnes choisies pour leur compétence et leur intérêt pour les problèmes éthiques. Le comité comprend des membres permanents et des membres invités.

Le mandat est d'une durée de 3 ans renouvelables. Il se réunit au moins 4 fois par an et en cas d'urgence. Sa saisine est ouverte aux personnels médicaux et non médicaux du CH et aux professionnels de santé extérieurs à l'établissement concerné par des patients hospitalisés. Elle se fait par courrier adressé à la Présidente. Le Bureau décide s'il répond ou non. En effet, la question doit rentrer dans les compétences du comité. Un compte-rendu ne sera effectué que sur les sujets généraux afin de respecter le secret.

Cf. **annexe 10** : Règlement intérieur du Comité d'éthique du CH la Chartreuse.

5. COMMISSION D'ACTIVITE LIBERALE

Article R.6154-11 du code de la Santé Publique

Missions :

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

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil d'administration, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission peut soumettre aux autorités mentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5.

Le rapport est en outre communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil d'administration, au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation et au préfet.

Conformément à l'article L. 6154-5, la commission peut demander communication à l'établissement, comme aux praticiens, de toutes informations utiles à l'exécution de ses missions et notamment des jours et heures de consultation figurant au tableau général de service prévisionnel établi mensuellement par le directeur de l'établissement public de santé où le praticien exerce son activité libérale.

Ces communications s'effectuent dans le respect du secret médical.

EN RÉSUMÉ

Les Praticiens hospitaliers à temps plein ont la possibilité d'exercer une activité libérale pendant, au maximum, deux demi-journées par semaine.

L'exercice de cette activité est soumis à des règles précises et au contrôle d'une Commission d'Activité Libérale d'Établissement, dont les membres sont nommés par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé. La commission élit son président parmi ses membres.

6. COMITE DE LIAISON ALIMENTATION ET NUTRITION (CLAN)

Compétences :

Le CLAN définit en lien avec le Projet d'établissement et avec les professionnels de santé, le programme d'actions de l'établissement dans le domaine de l'alimentation et de la prise en charge nutritionnelle des patients.

Cf. [annexe 11](#) : Composition du CLAN du CH la Chartreuse.

7. COMITE DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES (COMEDIMS)

Il participe à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de l'établissement.

Le Comité est chargé de l'élaboration :

- De la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement.
- Des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.

En outre, conformément aux recommandations de Haute Autorité de Santé, le COMEDIMS peut être chargé :

- de mettre en place des enquêtes d'utilisation et un suivi des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux stériles,
- de participer à la démarche qualité du circuit du médicament et des dispositifs médicaux,
- de participer aux travaux du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales dans le domaine des médicaments et des dispositifs médicaux stériles,
- de favoriser la recherche thérapeutique en lien avec le Centre de Recherche Prospective en Psychiatrie (C.R.P.P.),
- d'optimiser les dépenses en médicaments et en dispositifs médicaux stériles.

Cf. [annexe 12](#) : Composition du COMEDIMS du CH la Chartreuse.

8. COMITE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)

Le CLUD a pour mission :

- de proposer, pour améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées à la situation locale ; elles doivent figurer dans le projet d'établissement ;
- de coordonner au niveau de l'ensemble des services toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur quels qu'en soient le type, l'origine, et le contexte ;
- d'aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement ;
- de susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.

Cf. **annexe 13** : Composition du CLUD du CH la Chartreuse.

9. COMITE CULTUREL

Cf. **annexe 14** : Fiche de fonctionnement du Comité Culturel du CH la Chartreuse.

10. COLLEGE DU DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE (DIM)

Cf. **annexe 15** : Règlement intérieur du DIM du CH la Chartreuse.

11. COMITE HOPITAL SANS TABAC

Cf. **annexe 16** : Composition du Comité Hôpital sans Tabac du CH la Chartreuse.

12. COMITE REFLEXION PREVENTION VIOLENCES (CRPV)

Cf. **annexe 17** : Composition du Comité Réflexion Prévention Violences du CH la Chartreuse.

13. COMMISSION MEDICO-ADMINISTRATIVE D'EXAMEN DES DEMANDES D'ADMISSIONS EXCEPTIONNELLES ET DE LEUR SUIVI

La Commission examine :

- Les conditions de recevabilité des demandes d'admission transmises par la Préfecture, l'ARS ou d'autres établissements ;
- Les conditions de mise en œuvre et de suivi.

Cf. **annexe 18** : Fiche de fonctionnement de la Commission Médico-Administrative CH la Chartreuse.

SECTION 6 : ORGANISATION MEDICALE

1. POLES - ORGANISATION INTERNE

Pour l'accomplissement de ses missions, le centre hospitalier La Chartreuse est organisé en pôles d'activité et structures internes - secteurs et unités - (Cf. annexe 1). L'organisation interne est arrêtée par le Directeur, après concertation du Directoire et avis du président de la CME.

● *Nominations et missions des Chefs de pôle*

Article L. 6146-1 du Code de la santé publique

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. A l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

Pour les pôles hospitalo-universitaires, les listes mentionnées au précédent alinéa sont établies conjointement par le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens mentionnés à l'article [L. 6151-1](#) et aux 1°, 2° et 3° de l'article [L. 6152-1](#).

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Plus précisément :

Les chefs de pôles sont nommés par le Directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le Président de la CME pour les pôles d'activité clinique et médico-technique.

Les chefs de pôle sont nommés pour une durée de 4 ans renouvelable. Il peut être mis fin à leur fonction avant l'échéance par le Directeur après avis du Président de la CME dans les conditions prévues par le Code de la Santé Publique.

Le praticien chef de pôle a pour mission :

- De mettre en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés par au pôle ;
- D'organiser avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a « autorité fonctionnelle », le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité. Dans cette perspective, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures internes prévues par le projet de pôle ;
- D'exercer un rôle précisé par le contrat de pôle en ce qui concerne notamment :
 - La gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et la répartition des moyens humains ;
 - La gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
 - L'affectation des personnels au sein du pôle ;
 - L'organisation de la continuité des soins ;
 - La gestion des personnels médicaux

Assurer la concertation interne au sein des pôles dans le cadre de réunions de pôle qu'il met en place et dont il assure un retour auprès de la direction.

● **Responsable de structure interne**

Article R. 6141-4 du Code de la Santé Publique :

Dans les centres hospitaliers et les centres hospitalo-universitaires, les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, selon des modalités fixées par le règlement intérieur.

● **Contrat de Pôle**

Article L.6146-1 du Code de la Santé Publique :

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

● **Projet de Pôle**

Article R.6146-9 du code de la Santé Publique :

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle.

2. STATUTS DES PERSONNELS MEDICAUX

Article L. 6112-1 et L. 6112-2 du code de la Santé Publique :

Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre Ier du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

I.- Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Le patient bénéficie de ces garanties y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

II.- Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé. Pour les établissements de santé privés, cette participation est réalisée par l'intermédiaire de représentants avec voix consultative dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1. En l'absence de conseil d'administration, de conseil de surveillance ou d'organe en tenant lieu, le chef d'établissement est tenu de consulter les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des usagers, prévue à l'article L. 1112-3, sur la stratégie et la gestion de l'établissement, dans des conditions fixées par voie réglementaire ;

2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.

III.- Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :

1° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ;

2° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées au III de l'article L. 1434-10 ou, dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;

3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;

4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités ;

5° Ils développent des actions en matière de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que des actions liées à des risques spécifiques, dans les territoires isolés des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

● **Praticiens hospitaliers à temps plein**

Article R.6152-26 du code de la Santé Publique :

Les praticiens relevant de la présente section, en position d'activité, consacrent la totalité de leur activité professionnelle à l'établissement de santé et aux établissements, services ou organismes liés à celui-ci par convention, sous réserve des dispositions de l'article R. 6152-24.

Les modalités selon lesquelles les praticiens régis par la présente section accomplissent leurs obligations de service sont précisées par le règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils sont affectés.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique établie en fonction des caractéristiques propres aux différentes structures est arrêtée annuellement par le directeur d'établissement après avis de la commission médicale d'établissement. Un tableau de service nominatif, établi sur cette base, est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne.

Article R.6152-28 du code de la Santé Publique :

Les médecins et odontologistes régis par la présente section ont la responsabilité médicale de la continuité des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement. Les pharmaciens régis par la présente section ont la responsabilité de l'organisation de la permanence pharmaceutique, conjointement avec les autres pharmaciens de l'établissement, dans les conditions définies par le règlement intérieur et le tableau de service.

A ce titre, ils doivent en particulier :

1° Dans les structures organisés en temps continu, assurer le travail de jour et de nuit dans les conditions définies par le règlement intérieur et le tableau de service ;

2° Dans les autres structures, assurer le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la continuité des soins, ou à la permanence pharmaceutique organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile.

Toutefois, si l'intérêt du service l'exige, le directeur de l'établissement, après avis motivé du président de la commission médicale d'établissement, peut décider de suspendre leur participation à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. Le directeur transmet sans délai sa décision au directeur général du Centre national de gestion, qui met en œuvre, suivant le cas, les dispositions prévues par l'article R. 6152-36 ou par les sous-sections 8 et 9 de la présente section.

3° Effectuer les remplacements imposés par les différents congés, dans les conditions fixées par l'article R. 6152-31.

Article R.6152-31 du code de la Santé Publique :

Le remplacement des praticiens hospitaliers durant leurs congés ou absences occasionnelles est assuré par des praticiens de même discipline exerçant dans le même établissement de santé selon les règles fixées par le règlement intérieur de l'établissement.

Article R.6152-2 du code de la Santé Publique :

Les praticiens hospitaliers exercent leurs fonctions à temps plein. Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par les établissements publics de santé et participent aux missions définies par le code de la Santé Publique. Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Plus précisément :

Les personnels médicaux à temps plein doivent, entre autres :

- assurer le service normal de jour ;
- assurer la permanence des soins (gardes et astreintes...) dont ils ont la responsabilité médicale conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement ;
- participer aux jurys de concours et d'examens organisés par le Ministère de la Santé ;
- tenir un dossier individuel par malade et le registre de service.

Ils peuvent être autorisés, par le directeur et après avis de la CME, à exercer une activité hebdomadaire réduite, sous réserve des nécessités de service.

● **Praticiens hospitaliers à temps partiel**

Article R. 6152-221 du code de la Santé Publique :

Les médecins, pharmaciens et odontologistes régis par la présente section ont la responsabilité médicale de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique, conjointement avec les autres membres du corps médical et les autres pharmaciens de l'établissement.

Ils doivent en particulier :

1° Participer à l'ensemble de l'activité de la structure, dans les conditions définies par le règlement intérieur et le tableau de service, et :

- Dans les structures organisées en temps continu, assurer le travail de jour et de nuit ;
- Dans les autres structures, assurer le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la permanence des soins ou à la permanence pharmaceutique organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile.

Toutefois, si l'intérêt du service l'exige, le directeur de l'établissement, après avis motivé du président de la commission médicale d'établissement, peut décider de suspendre leur participation à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. Le directeur transmet sans délai sa décision au directeur général du Centre national de gestion, qui met en œuvre, selon le cas, les dispositions prévues par l'article R. 6152-228 ou par les sous-sections 9 et 10 de la présente section ;

2° Participer au remplacement des praticiens à temps plein, ou à temps partiel, imposé par les différents congés, dans les conditions définies par l'article R. 6152-31.

Ils doivent en outre participer aux jurys de concours et d'examens organisés par le ministère de la santé ou sous son contrôle ainsi que dans les conditions définies par le ministère de la santé à l'enseignement et à la formation des personnels des hôpitaux ou organismes extra-hospitaliers du secteur.

Ces activités donnent lieu au versement d'indemnités de participation aux jurys de concours, à l'enseignement et à la formation des personnels.

Article R. 6152-224 du code de la Santé Publique :

Les horaires et obligations de service des praticiens régis par la présente section sont précisés par le règlement intérieur de l'établissement.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique établie en fonction des caractéristiques propres aux différentes structures est arrêtée

annuellement par le directeur d'établissement après avis de la commission médicale d'établissement. Un tableau de service nominatif, établi sur cette base, est arrêté mensuellement par le directeur d'établissement sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne dont relève le praticien.

La décision d'affectation fixe le nombre de demi-journées ou, lorsque le praticien exerce dans une structure organisée en temps médical continu, la durée horaire hebdomadaire que le praticien doit consacrer au service en application du règlement intérieur. L'intéressé reçoit du directeur notification du règlement intérieur, notamment en ce qui le concerne. Il doit en accuser réception et s'engager à exercer son activité professionnelle pendant les périodes prévues au tableau de service.

Le tableau de service précise les conditions dans lesquelles est effectuée la demi-journée de service qui peut être répartie entre la matinée et la contre-visite de l'après-midi, ou être effectuée l'après-midi et éventuellement la nuit au titre des services de permanence.

Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat, au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu à récupération ou au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel et au deuxième alinéa du présent article.

Le praticien bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, il peut accomplir une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente.

Le temps de soins accompli dans le cadre d'un déplacement en astreinte est considéré comme temps de travail effectif

Article R.6152-202 du code de la Santé Publique :

Les praticiens des hôpitaux à temps partiel assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par les établissements publics de santé et participent aux missions définies par le Code de la Santé Publique.

Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

● Praticiens hospitaliers attachés

Article R 6152-607 du code de la Santé Publique :

Les praticiens régis par la présente section participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique avec les autres praticiens de l'établissement, sous réserve des dispositions de l'article R. 6152-632.

A ce titre, les praticiens attachés, en particulier :

1° Dans les structures organisées en temps continu, assurent le travail de jour et de nuit dans les conditions définies par le règlement intérieur et le tableau de service ;

2° Dans les autres structures, assurent le travail quotidien du matin et de l'après-midi et, en outre, participent à la continuité des soins, ou à la permanence pharmaceutique organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile ;

3° Quelle que soit la structure, participent aux remplacements imposés par les différents congés ou absences occasionnelles des praticiens de l'établissement ;

4° Quelle que soit la structure, répondent aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de leurs obligations de service.

Toutefois, si l'intérêt du service l'exige, le directeur de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement ou, le cas échéant, de la commission médicale d'établissement locale, peut décider de suspendre la participation d'un praticien attaché à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés pour une durée maximale de trois mois. Il en informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé. A l'issue de cette période, si le praticien n'est pas autorisé à nouveau à participer à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique son cas est soumis au comité médical mentionné à l'article R. 6152-36 ou fait l'objet de la procédure relative à l'insuffisance professionnelle ou de la procédure disciplinaire prévues par la présente section.

Article R6152-604 du code de la Santé Publique :

Les praticiens attachés peuvent exercer concomitamment leurs fonctions dans une ou plusieurs structures du même établissement ou dans des établissements différents.

Sous réserve des dispositions de l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et des dispositions réglementaires prises pour leur application, les praticiens attachés employés à temps plein s'engagent à consacrer la totalité de leur activité professionnelle au service de l'établissement public de santé employeur.

Les intéressés sont tenus de respecter les dispositions du règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils exercent.

La limite d'âge des praticiens relevant de la présente section est fixée à soixante-cinq ans.

Article R6152-601 du code de la Santé Publique :

Les praticiens attachés exercent des fonctions hospitalières et participent aux missions définies par le Code de la Santé Publique.

Ils sont placés sous l'autorité du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont ils relèvent.

Plus précisément :

Les praticiens attachés exercent, dans le cadre d'un contrat, des fonctions hospitalières et participent, sous l'autorité du chef de pôle à l'ensemble des missions du service public hospitalier dans les services médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

● **Praticiens hospitaliers contractuels**

Article R6152-408 du code de la Santé Publique :

Les praticiens contractuels participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique conjointement avec les autres membres du corps médical ou avec les autres pharmaciens de l'établissement.

A ce titre, ils assurent en particulier :

1° Dans les structures organisées en temps continu, le travail de jour et de nuit dans les conditions définies par le règlement intérieur et le tableau de service ;

2° Dans les autres structures, le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile.

Article R6152-402 du code de la Santé Publique :

Les praticiens contractuels mentionnés à [l'article R. 6152-401](#) ne peuvent être recrutés que dans les cas et conditions suivants :

1° Pour exercer des fonctions temporaires en vue de faire face à un surcroît occasionnel d'activité de l'établissement public de santé. La durée d'engagement ne peut excéder six mois par période de douze mois ;

2° Pour assurer, en cas de nécessité de service, le remplacement de praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, lors de leurs absences ou congés statutaires et dont le remplacement ne peut être assuré dans les conditions prévues par leurs statuts. Le contrat peut être conclu pour une période maximale de six mois renouvelable dans la limite d'une durée totale d'engagement d'un an ;

3° Pour occuper, en cas de nécessité de service et lorsqu'il s'avère impossible d'opérer un tel recrutement en application des dispositions statutaires en vigueur, un poste de praticien à temps plein ou à temps partiel resté vacant à l'issue de chaque procédure statutaire de recrutement. Le contrat peut être conclu pour une période maximale de six mois renouvelable dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans ;

4° Pour exercer des fonctions temporaires liées à des activités nouvelles ou en voie d'évolution nécessitant des connaissances hautement spécialisées. Le contrat peut être conclu par périodes maximales de six mois renouvelables dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans.

Un même praticien ne peut bénéficier, au sein du même établissement, de recrutements successifs en qualité de praticien contractuel au titre d'un ou de plusieurs des alinéas ci-dessus que pour une durée maximale de trois ans.

EN RÉSUMÉ

Des praticiens contractuels peuvent être recrutés dans les conditions définies par décret, à temps plein ou à temps partiel, pour exercer des fonctions temporaires, des remplacements ou occuper des postes restés vacants.

La réglementation énumère limitativement les cas dans lesquels le recrutement de praticiens contractuels est autorisé.

Les praticiens contractuels sont recrutés par le directeur de l'établissement, après avis du chef de pôle intéressé, de la Commission Médicale d'Etablissement, et, dans un délai de 30 jours, de la Direction Générale de l'Agence Régionale de Santé. En cas de recrutement inférieur à 3 mois, seuls sont requis les avis du chef de pôle et du président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Les praticiens contractuels participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique conjointement avec les autres membres du corps médical ou avec les autres pharmaciens de l'établissement

● **Assistants**

Article R6152-505 du code de la Santé Publique :

Les assistants participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique conjointement avec les autres membres du corps médical ou avec les autres pharmaciens de l'établissement.

A ce titre, ils assurent en particulier :

1° Dans les structures organisées en temps continu, le travail de jour et de nuit dans les conditions définies par le règlement intérieur et le tableau de service ;

2° Dans les autres structures, le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile.

Toutefois, si l'intérêt du service l'exige, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, le directeur de l'établissement peut décider de suspendre la participation d'un assistant des hôpitaux à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés pour une période de trois mois. Il en informe sans délai le directeur général de l'Agence Régionale de Santé. Si, à l'issue de cette période, l'assistant n'est pas autorisé à nouveau à participer à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique, sa situation fait l'objet d'un examen soit dans le cadre des dispositions des articles R. 6152-521 à R. 6152-524, soit dans le cadre de celles de la sous-section 5 de la présente section.

Article R6152-504 du code de la Santé Publique :

Les assistants généralistes et les assistants spécialistes des hôpitaux exercent à temps plein ou à temps partiel des fonctions de diagnostic, de soins et de prévention ou assurent des actes pharmaceutiques ou biologiques au sein de l'établissement, sous l'autorité du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont ils relèvent.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, odontologique et pharmaceutique, établie en fonction des caractéristiques propres aux différentes structures, est arrêtée annuellement par le directeur de l'établissement après avis de la commission médicale d'établissement. Un tableau de service nominatif, établi sur cette base, est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont relève l'assistant.

Le service hebdomadaire des assistants exerçant à temps plein est fixé à dix demi-journées hebdomadaires, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, il est compté pour deux demi-journées.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation à l'alinéa ci-dessus, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures. Lorsqu'ils exercent leurs fonctions à temps partiel, l'obligation de service des assistants est fixée à cinq ou six demi-journées hebdomadaires ou, dans le cadre d'un service organisé en temps continu, à une durée horaire définie sur la base de quarante-huit heures, au prorata des obligations de service hebdomadaires du praticien et calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

Les assistants peuvent accomplir, sur la base du volontariat, au-delà de leurs obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit à indemnisation, dans les conditions prévues par [l'article R. 6152-514](#).

Ils bénéficient d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, ils peuvent accomplir une durée de travail continue n'excédant pas vingt-quatre heures ; dans ce cas, ils bénéficient, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente.

Le temps de soins accompli dans le cadre d'un déplacement effectué en astreinte est considéré comme temps de travail effectif.

EN RÉSUMÉ

Les assistants des hôpitaux sont des praticiens recrutés par contrat, pour une durée maximale de 6 ans.

Les assistants généralistes et les assistants spécialistes des hôpitaux exercent à temps plein ou à temps partiel, des fonctions de diagnostic, de soins et de prévention, ou assurent des actes pharmaceutiques ou biologiques au sein de l'établissement sous l'autorité du praticien hospitalier exerçant les fonctions de chef de pôle.

Les assistants participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique conjointement avec les autres membres du corps médical ou avec les autres pharmaciens de l'établissement.

● *Cliniciens hospitaliers*

Article L6152-3 du code de la Santé Publique :

Les praticiens mentionnés au 1° de l'article [L. 6152-1](#) peuvent être détachés sur un contrat mentionné au 3° du même article (Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus). Les médecins bénéficiant d'un contrat mentionné à ce même 3° sont dénommés cliniciens hospitaliers.

La rémunération contractuelle des praticiens bénéficiant d'un contrat mentionné audit 3° comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs conformes à la déontologie de leur profession.

Le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé par un contrat mentionné au 3° de l'article [L. 6152-1](#) sont fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article [L. 6114-1](#).

Le contrat de clinicien hospitalier ne peut excéder une durée de six ans, et n'ouvre pas droit à la titularisation, contrairement au contrat de praticien contractuel. Surtout, le contrat de clinicien hospitalier comporte une part fixe et une part variable, rémunérée en fonction d'objectifs.

● *Pharmaciens*

Le pharmacien est chargé de l'organisation du service qui lui est confié dans les divers aspects de son activité.

Les pharmaciens sont responsables de l'approvisionnement régulier des différentes unités de soins en médicaments (spécialités et préparations) et dispositifs médico-chirurgicaux stériles, ainsi que du contrôle de leurs conditions de stockage.

Ils tiennent, selon les règles prescrites, la comptabilité des toxiques stupéfiants.

Ils s'assurent d'autre part de la qualité de la stérilisation et de celle des gaz médicaux qui sont des médicaments.

Pour ces derniers, ils veillent, en collaboration avec les services logistiques, à la continuité des approvisionnements.

● **Internes et étudiants en médecine et en pharmacie**

Article R 6153- 55 du code de la Santé Publique :

Les étudiants en médecine mentionnés à l'article R. 6153-46 sont soumis au règlement intérieur de l'établissement public de santé d'affectation qui précise notamment leurs obligations à l'égard des malades, du personnel médical et de l'administration hospitalière.

Les obligations de présence de ces étudiants sont portées à la connaissance des intéressés par le responsable de l'entité où se déroule le stage.

Article R 6153- 83 du code de la Santé Publique :

Les étudiants hospitaliers en pharmacie sont soumis au règlement intérieur de l'établissement de santé. Ils sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle et tenus au respect du secret professionnel pour tous les faits dont ils ont connaissance à l'occasion de leur stage.

Sauf cas de force majeure, toute absence non autorisée par le responsable de l'entité de stage et le directeur de l'établissement de santé fait l'objet d'une mise en garde. En cas de récidive, la procédure disciplinaire prévue aux articles R. 6153-88 et R. 6153-89 est engagée.

Article L6153-1 du code de la Santé Publique :

Le régime de l'internat des centres hospitaliers et universitaires est déterminé par décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise notamment les conditions dans lesquelles les internes peuvent bénéficier du temps partiel thérapeutique.

3. OBLIGATIONS DEONTOLOGIQUES

Les dispositions du code de déontologie sont applicables au sein de l'établissement. Le médecin a un devoir d'assistance envers les malades et les blessés et l'obligation de respecter les principes d'égalité et de neutralité du service public et de non-discrimination entre les malades. Il est par ailleurs tenu au secret professionnel.

Il bénéficie de la liberté de prescrire (dans la limite de ce qui est nécessaire) et de l'indépendance professionnelle.

Le médecin est responsable du malade qu'il a en charge, de son traitement et des conséquences de ce traitement. Il a une obligation de moyens relative aux diagnostics et traitements qu'il délivre, fondés sur les données acquises de la science.

Il doit à son patient une information loyale, claire et appropriée.

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

Article R6152-34 du code de la Santé Publique :

Les praticiens hospitaliers doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances. Leur développement professionnel continu est organisé par le plan mentionné au 6° de l'article R. 6144-1.

Article R6152-226 du code de la Santé Publique :

Les praticiens des hôpitaux à temps partiel doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances. Leur développement professionnel continu est organisé par le plan mentionné au 8° du II de l'article R. 6144-1.

4. PERMANENCE MEDICALE DES SOINS – SERVICE DE GARDE

La permanence médicale des soins a pour objet d'assurer, pendant chaque période de nuit et pendant la journée du dimanche ou des jours fériés, ainsi que le samedi après-midi, la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

La permanence médicale des soins est organisée sous forme de permanence sur place et par astreinte à domicile.

L'organisation médicale, décrite par les tableaux généraux de service, détermine la durée du service normal de jour et du service relatif à la permanence des soins, sur 24 heures. Ces durées ne peuvent en aucun cas avoir une amplitude supérieure à 14 heures.

CHAPITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTATIONS EXTERNES

SECTION 1 : LES MODALITES D'HOSPITALISATION

1. HOSPITALISATION LIBRE (HL)

Article L3211-1 du code de la Santé Publique :

Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence

2. SOINS SANS CONSENTEMENT

● Soins sans consentement sur Décision du Directeur d'Etablissement (SDDE) :

Cf. [annexe 19](#) : Procédure SDDE.

- Procédure Normale (à la demande d'un tiers) :

Article L. 3212-1 du code de la Santé Publique :

- I. Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;

2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1.

- II. Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission :

1° Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci.

La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours, attestant que les conditions prévues aux 1° et 2° du I du présent article sont réunies.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins ;

- Procédure en cas de péril imminent (absence de tiers) :

Article L3212-1-II-2° du code de la Santé Publique :

Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission :

2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Lorsque l'admission a été prononcée en application du présent 2°, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts.

- Procédure d'urgence :

Article L3212-3 du code de la Santé Publique :

En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à [l'article L. 3222-1](#) peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de [l'article L. 3211-2-2](#) sont établis par deux psychiatres distincts.

Préalablement à l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil vérifie que la demande de soins a été établie conformément au 1° du II de [l'article L. 3212-1](#) et s'assure de l'identité de la personne malade et de celle qui demande les soins. Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait de jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

- ***Soins sans consentement sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE) :***

Cf. [annexe 20](#) : Procédure SDRE.

- Procédure normale :

Article L3213-1 du code de la Santé Publique :

- I. Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à [l'article L. 3222-1](#) qui assure la prise en charge de la personne malade.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à [l'article L. 3222-5](#) :

1° Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de [l'article L. 3211-2-2](#) ;

2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

- II. Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

- III. Lorsque la proposition établie par le psychiatre en application de l'article L. 3211-2-2 recommande une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ne peut modifier la forme de prise en charge des personnes mentionnées au II de [l'article L. 3211-12](#) qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9.
- IV. Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à [l'article L. 3212-11](#).

- Procédure d'urgence :

Article L3213-2 du code de la Santé Publique :

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures provisoires prévues au premier alinéa.

- **Contrôle Obligatoire du Juge des Libertés et de la Détention (JLD) :**

Article L3211-12-1 du code de la Santé Publique :

I.-L 'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement lorsque l'hospitalisation a été prononcée en application du chapitre II du présent titre ou par le représentant de l'Etat dans le département lorsqu'elle a été prononcée en application du chapitre III du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, ait statué sur cette mesure :

1° Avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de l'admission prononcée en application des chapitres II ou III du présent titre ou de l'article L. 3214-3 du même code. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi dans un délai de huit jours à compter de cette admission ;

2° Avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de la décision modifiant la forme de la prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète en application, respectivement, du dernier alinéa de l'article L. 3212-4 ou du III de l'article L. 3213-3. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi dans un délai de huit jours à compter de cette décision ;

3° Avant l'expiration d'un délai de six mois à compter soit de toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit de toute décision prise par le juge des libertés et de la détention en application du présent I ou des articles L. 3211-12, L. 3213-3, L. 3213-8 ou L. 3213-9-1 du présent code, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision. Toute décision du juge des libertés et de la détention prise avant l'expiration de ce délai en application du 2° du présent I ou de l'un des mêmes articles L. 3211-12, L. 3213-3, L. 3213-8 ou L. 3213-9-1, ou toute nouvelle décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale fait courir à nouveau ce délai. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi quinze jours au moins avant l'expiration du délai de six mois prévu au présent 3°.

Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention a ordonné, avant l'expiration de l'un des délais mentionnés aux 1° à 3° du présent I, une expertise soit en application du III du présent article, soit, à titre exceptionnel, en considération de l'avis mentionné au II, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin en application des chapitres II ou III du présent titre. L'ordonnance mentionnée au présent alinéa peut être prise sans audience préalable.

Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.

II. La saisine mentionnée au I du présent article est accompagnée de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, l'avis prévu au premier alinéa du présent II est rendu par le collège mentionné à l'article L. 3211-9.

III. Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures, afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application du II de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la première phrase du présent alinéa, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.

Toutefois, lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1.

IV. Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué avant l'expiration du délai de douze jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de six mois prévu au 3° du même I, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète est acquise à l'issue de chacun de ces délais.

Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration du délai de huit jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de quinze jours prévu au 3° du même I, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.

- **Saisine facultative du Juge des Libertés et de la Détention (JLD) :**

Article L3211-12 du code de la Santé Publique :

- I. Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme. La saisine peut être formée par :

- 1° La personne faisant l'objet des soins ;
- 2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- 3° La personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
- 4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- 5° La personne qui a formulé la demande de soins ;
- 6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- 7° Le procureur de la République.

Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.

- II. Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article [L. 3211-9](#) du présent code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article [L. 3213-7](#) du même code ou de l'article [706-135](#) du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article [122-1](#) du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.

Le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article [L. 3213-5-1](#) du présent code.

Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et les deux expertises prévus au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.

- III. Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète :

Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article [L. 3211-2-1](#). Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.

- **Programme de Soins Psychiatriques (PSP)**

Article L3211-2-1 du code de la Santé Publique :

- I. Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de [l'article 706-135](#) du code de procédure pénale est dite en soins psychiatriques sans consentement. La personne est prise en charge :

1° Soit sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à [l'article L. 3222-1](#) du présent code ;

2° Soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1.

- II. Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2° du I, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient, que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Pour l'établissement et la modification du programme de soins, le psychiatre de l'établissement d'accueil recueille l'avis du patient lors d'un entretien au cours duquel il donne au patient l'information prévue à l'article L. 3211-3 et l'avise des dispositions du III du présent article et de celles de [l'article L. 3211-11](#).

- III. Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I.

● **Sorties accompagnées de courte durée**

Article L3211-11-1 du code de la Santé Publique :

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de [l'article 706-135](#) du code de procédure pénale sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée :

1° Sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Les personnes malades sont accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles ont désignée en application de [l'article L. 1111-6](#) du présent code, pendant toute la durée de la sortie ;

2° Sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures.

L'autorisation de sortie de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil, après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement.

Dans le cas où la mesure de soins psychiatriques a été prise en application du chapitre III du présent titre, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre mentionné au quatrième alinéa du présent article, au plus tard quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie. Sauf opposition écrite du représentant de l'Etat dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire.

Lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement d'accueil informe celui-ci, préalablement, de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée.

3. TRANSFERT POUR SOINS SOMATIQUES

L'établissement assure une prise en charge des soins somatiques dans la limite de sa spécialité. Sinon il procède au transfert du patient en hôpital général.

SECTION 2 : LE PARCOURS DU PATIENT

1. L'ADMISSION

● Documents à fournir

Un certain nombre de documents sont demandés au patient dès son entrée dans l'établissement. Ils doivent permettre de fiabiliser l'identité du patient au niveau de son dossier, gage de sécurité des soins. Ils permettent de demander une prise en charge auprès du régime de Sécurité Sociale et de la mutuelle, ce qui facilite la facturation du séjour.

Plus précisément :

L'établissement demande à chaque patient de fournir les documents attestant de l'identité du patient:

- Carte national d'identité
- Ou passeport
- Ou carte de séjour
- Ou livret de famille
- Ou extrait d'acte de naissance
- Ou carte militaire
- Ou votre permis de conduire

L'établissement demande également de fournir les documents relatifs à la couverture sociale du patient :

- Carte Vitale
- Carte Mutuelle
- Attestation de droits à la Couverture Maladie Universelle (CMU)
- Attestation d'Aide Médicale d'Etat (AME)
- Assurance privée

● Livret d'accueil

Article L 1112-2 du code de la Santé Publique :

Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte de la personne hospitalisée, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé.

● Biens personnels (vêtements et objets courants)

Article L1113-1 du code de la Santé Publique :

Les établissements de santé, ainsi que les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, sont, qu'ils soient publics ou privés, responsables de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public, par les personnes qui y sont admises ou hébergées.

Le dépôt ne peut avoir pour objet que des choses mobilières dont la nature justifie la détention par la personne admise ou hébergée durant son séjour dans l'établissement. Il ne peut être effectué par les personnes accueillies en consultation externe.

La restitution se fait au regard de l'inventaire contradictoire effectué lors de l'admission.

Cf. **annexe 21 : Dépôt et retrait des objets et valeurs des patients hospitalisés PEC_PO 6**

- **Détention de substances ou objets interdits dans l'établissement**

Lors de la découverte ou la remise volontaire de produits stupéfiants illégaux (alcool, drogues), le personnel doit retirer le produit et en informer le médecin et le cadre de santé de l'unité.

En cas de découverte d'armes à feu et d'« armes dangereuses », elles doivent être écartées et identifiées au nom du patient puis systématiquement remises aux forces de l'ordre.

Cf. **annexe 22 : Conduite à tenir en cas de découverte de produits illicites PEC_OPC_PO 19**

Cf. **annexe 23 : Conduite à tenir en cas de découverte d'armes PEC_OPC PO 10**

2. LE SEJOUR

- **Horaires de visites**

Les visites aux hospitalisés doivent tenir compte des horaires affichés par les unités de soins. Des dérogations à ces horaires peuvent être autorisées avec l'accord de l'équipe de l'unité de soins lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Les visites peuvent être limitées ou interdites ou avoir lieu en présence d'un soignant sur décision médicale.

- **Chambres d'isolement thérapeutique**

Article L. 3222-5-1 Code de la Santé Publique :

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. »

La mise en isolement et l'utilisation des moyens de contention sont des modalités de soins sur prescription, rendus nécessaires par l'état du patient. Elles sont transcrites dans son dossier. Le protocole thérapeutique respecte les normes en vigueur.

- ***Circulation des patients dans l'établissement***

Les patients hospitalisés disposant de la liberté d'aller et venir, ils peuvent circuler dans l'établissement. Il convient qu'ils informent préalablement le personnel soignant de leur unité d'hospitalisation, en précisant l'heure de leur retour dans le service.

La nuit, les patients doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service, sauf autorisation accordée par le médecin.

- ***Repas***

Les horaires des repas sont affichés dans l'unité de soins ou dans son règlement intérieur, ainsi que dans le livret d'accueil. Les menus affichés respectent l'équilibre nutritionnel. Une diététicienne peut proposer un régime alimentaire, sur prescription médicale.

Des aménagements peuvent être proposés à la place du menu normal, dans la limite du possible, la demande doit être formulée à l'avance.

Pour des raisons de santé, les proches sont tenus de respecter le régime prescrit par le médecin.

- ***Hygiène corporelle et linge personnel***

L'établissement fournit et entretient le linge hôtelier. L'entretien du linge personnel devra être assuré par l'entourage du patient.

Les patients sont tenus d'apporter leur nécessaire de toilette.

L'hygiène corporelle est de règle à l'hôpital, chacun est tenu de la respecter.

- ***Courrier***

Un service de courrier est mis à la disposition du patient.

- ***Téléphone***

La plupart des chambres sont équipées de téléphone ; un code d'accès peut être attribué au Bureau des Admissions. Les communications sont à la charge du patient.

L'utilisation du téléphone portable des patients est réglementée (cf. règles de vie dans les unités).

- ***Télévision, radios et autres objets portables***

Ces appareils peuvent être introduits dans l'établissement avec autorisation médicale. Dans le cas où ils sont autorisés, ils restent sous la responsabilité de leurs propriétaires. L'usage de ces appareils implique le respect et la tranquillité du voisinage.

Un salon de télévisions est à la disposition des patients dans chaque unité.

- ***Protection de la vie privée :***

Article L1110-4 du Code de la Santé Publique : « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ».

Il est interdit de filmer et de prendre des photos dans les unités de soins.

- **Accès au système d'information**

Tout dénigrement via internet, réseaux sociaux sur l'établissement ou le personnel exerçant dans l'établissement est interdit. De même que toute consultation internet de sites interdits.

- **Culte**

Le personnel hospitalier doit respecter les opinions et les croyances des patients.

Le patient peut demander la visite d'un représentant du culte de son choix. Un service d'aumônerie catholique, intégré à l'établissement, est à la disposition des patients.

- **Tabac**

Depuis le décret du 16/11/2006, il est interdit de fumer dans les unités de soins et les locaux à usage collectif.

3. LA SORTIE

- **Questionnaire de sortie**

Article R1112-67 du code de la Santé Publique :

Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire.

Le directeur communique périodiquement au conseil de surveillance, à la Commission Médicale d'Etablissement et au Comité Technique d'Etablissement les résultats de l'exploitation de ces documents.

Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les directeurs généraux des Agences Régionales de Santé.

- **Sortie contre avis médical**

Article R1112-62 du Code de la Santé Publique :

A l'exception des mineurs et des patients hospitalisés sans leur consentement, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si un médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la santé du patient, il l'informe des risques que cette sortie présente pour lui. Le patient peut quitter l'établissement après avoir signé une attestation établissant qu'il a eu connaissance de cette information.

Lorsque le patient refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de refus est dressé par l'équipe soignante.

- **Permission de sortie**

Article R1112-56 du code de la Santé Publique :

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie d'une durée maximale de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin chef de service, par le directeur.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que selon les modalités prévues à la sous-section II de la présente section.

- **Programme de Soins Psychiatriques (PSP)**

Voir Chapitre 2-section 1-2 sur les Soins sans consentement.

- **Sorties accompagnées de courte durée**

Voir Chapitre 2-section 1-2 sur les Soins sans consentement.

- **Sortie sans autorisation et fugue**

On parle de sortie sans autorisation dans le cas des patients en hospitalisation libre.

On parle de fugue dans le cas des patients en soins sans consentement.

Une recherche est engagée :

- Si l'état clinique du patient hospitalisé en libre est inquiétant
- Si le patient est en soins sans consentement.

Les patients hospitalisés dans les unités de soins sont sous la responsabilité de l'établissement. La sortie sans autorisation ou la fugue sera signalée aux forces de l'ordre et une recherche sera engagée:

- Si l'état clinique du patient hospitalisé en libre est inquiétant
- Systématiquement si le patient est en soins sans consentement.

Cf. **annexe 24** : **Signalement d'un patient en fugue PEC_OPC PR2**

4. LE DECES A L'HOPITAL

En cas de décès dans l'hôpital et dans la mesure du possible les directives anticipées du défunt, et à défaut le choix des familles, sont respectées.

Cf. **annexe 25** : **Conduite à tenir en cas de décès d'un patient PEC_OPC PO 2**

Cf. **annexe 26** : **Conduite à tenir en cas de décès suspect (homicide-suicide) PEC_OPC PO 3**

SECTION 3 : DROITS ET OBLIGATIONS DES PERSONNES EN SOINS ET DES VISITEURS

Charte de la personne hospitalisée

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SDB1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Cf. **annexe 27** : Charte de la personne hospitalisée.

1. PERSONNE DE CONFIANCE

Article L 1111-6 du code de la Santé Publique :

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée 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 et cosignée par la personne désignée. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Cf. **annexe 28** : Désignation d'une personne de confiance PEC_OPC DO 20

2. CONSENTEMENT ECLAIRE

Article L1111-4 du code de la Santé Publique :

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

3. NON DIVULGATION DE PRESENCE

Article R1112-45 du code de la Santé Publique :

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée 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 du malade peuvent être fournis par les cadres infirmiers.

Cf. **annexe 30** : **Respect de la confidentialité de la présence du patient à l'hôpital PEC_OPC PO13_1**

4. L'EXPRESSION DE LA VOLONTE DES MALADES EN FIN DE VIE

Article L1111-11 du code de la Santé Publique :

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

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute

Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées. Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Cf. [annexe 31](#) : Directives anticipées OPC DO 30 V1

Article L1111-12 du code de la Santé Publique :

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.

5. DROIT D'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES

Article L 1111-7 du code de la Santé Publique :

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante- huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de l'exercice de la

mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 459 du code civil, a accès à ces informations dans les mêmes conditions.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques décidée en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou ordonnée en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues au dernier alinéa du V de l'article L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Cf. **annexe 32** : **Communication du dossier médical PEC_ DPA PO 1**

6. PLAINTES ET RECLAMATIONS

Toute plainte ou réclamation adressée par un patient à la Direction, dans le domaine des soins ou dans le domaine du fonctionnement général de l'hôpital, fait l'objet d'une réponse écrite après éventuellement une enquête interne.

Cf. **annexe 33** : **Gestion des réclamations PEC OPC_PO 9**

7. AUTRES DROITS

- Information aux familles et aux proches

Avec l'accord du patient, les médecins reçoivent les familles et les proches pour une écoute et une information.

- Droit de vote

Les patients hospitalisés gardent leur droit de vote quel que soit le mode d'hospitalisation.

Les patients bénéficiant d'une mesure de tutelle peuvent se voir retirer ce droit par le Juge des Tutelles, de même que les patients détenus par le juge pénal.

- Droits des personnes hospitalisées sans leur consentement

Article L3211-3 du code de la Santé Publique :

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques sans son consentement ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Elle dispose du droit :

- 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article [L. 3222-4](#) ;
 - 2° De saisir la commission prévue à l'article [L. 3222-5](#) et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article [L. 1112-3](#) ;
 - 3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
 - 4° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
 - 5° D'émettre ou de recevoir des courriers ;
 - 6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
 - 7° D'exercer son droit de vote ;
 - 8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.
- Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

- **Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance**

Article L1431-2 du Code de la Santé Publique :

Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

e) Elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

Le CH La Chartreuse s'engage à lutter contre la maltraitance et développer la bientraitance.

8. ENQUETES DE SATISFACTION

Le CH la Chartreuse s'attache à recueillir le niveau de satisfaction des patients par la réalisation d'enquêtes.

9. OBLIGATIONS DES PERSONNES EN SOINS ET DES VISITEURS

- **Neutralité**

Toute personne présente au sein du Centre hospitalier est tenue au respect du principe de neutralité du service public.

Le service public étant laïque, les signes d'appartenance religieuse ou politique, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein de l'hôpital dès lors qu'ils constituent un acte de provocation, de prosélytisme ou de propagande.

Les convictions religieuses ou politiques sont respectées, mais ne peuvent entraver l'organisation des soins et de la vie hospitalière.

De plus, la loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010, pose le principe de la non dissimulation du visage dans l'espace public.

Cf. **annexe 34** : Note de service n°2011/51 relative à la mise en œuvre de la loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public.

● **Interdictions**

- Gratification :

Article R1112-51 du Code de la Santé Publique :

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par les malades, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

- Animaux domestiques :

Article R 1112-48 alinéa 4 du Code de la Santé Publique :

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles, ne peuvent être introduits au sein du CH La Chartreuse. Des exceptions peuvent cependant être prévues avec une autorisation institutionnelle.

● **Comportement des patients**

Article R1112-49 du code la Santé Publique :

Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé.

Article R1112-50 du code de la Santé Publique :

Les hospitalisés veillent à respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du malade dans les conditions prévues à l'article R. 1112-49.

● **Comportement des visiteurs**

Article R1112-47 du code de la Santé Publique :

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur.

Les malades peuvent demander aux cadres infirmiers du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux.

Article R1112-48 du code de la Santé Publique :

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

Le cadre infirmier du service s'oppose, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit.

Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

Les visiteurs sont invités à :

- respecter le repos des patients,
- éviter de gêner le fonctionnement du service,
- accepter les horaires de visites, les règles de sécurité et d'hygiène en vigueur et de se retirer des chambres des patients sur demande du personnel pendant l'exécution des soins,
- avoir une tenue correcte,
- éviter de provoquer tout bruit intempestif,
- respecter l'interdiction de fumer,
- respecter les membres du personnel.

● **Accès au Centre Hospitalier**

L'accès dans l'enceinte du Centre Hospitalier La Chartreuse est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs, à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions, ainsi qu'aux visiteurs du Patrimoine historique, à l'exception des lieux privés tels que les logements de fonction et leur environnement.

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

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et au besoin reconduits à la sortie du Centre Hospitalier. De même, pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux.

● **Bénévoles et associations**

Article L1114-1 du code de la Santé Publique :

Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est prononcé sur avis conforme d'une commission

nationale qui comprend des représentants de l'Etat, dont un membre du Conseil d'Etat et un membre de la Cour de cassation en activité ou honoraire, des représentants de l'Assemblée nationale et du Sénat et des personnalités qualifiées en raison de leur compétence ou de leur expérience dans le domaine associatif. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission nationale sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.

Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

Les représentants des usagers dans les instances mentionnées ci-dessus ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat.

A compter de 2010, les entreprises fabriquant et commercialisant des produits mentionnés dans la cinquième partie du présent code doivent déclarer chaque année, avant le 30 juin, auprès de la Haute Autorité de santé, la liste des associations de patients qu'elles soutiennent et le montant des aides de toute nature qu'elles leur ont procurées l'année précédente. La Haute Autorité de santé publie les informations déclarées.

10. MODALITES PARTICULIERES

● *Les Mineurs*

Concernant l'information des mineurs : Article L1111-2 du code de la Santé Publique :

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

La personne titulaire de l'autorité parentale, ou susceptible de la remplacer aux termes de la loi, demande l'hospitalisation du mineur et accomplit les formalités nécessaires.

Dans certains cas, la décision d'hospitaliser peut émaner d'un juge pour enfants ou d'un arrêté préfectoral.

Concernant la prise en charge des mineurs, le Centre Hospitalier La Chartreuse a mis en place une procédure jointe en [annexe 35](#) : **Admission et autorisation de soins d'un mineur OPC PO 5_**

● *Mesure de protection juridique :*

Les personnes admises au Centre Hospitalier La Chartreuse conservent leur capacité juridique.

Cependant, lorsque leur état de santé le justifie, le Juge des Tutelles est en mesure de décider, sur demande du médecin ou de la famille, d'une mesure de protection des droits et des biens des personnes hospitalisées.

Si un tuteur est désigné par le Juge, il pourra être un membre de la famille, le Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs de l'établissement (service de protection juridique) ou relever d'un organisme de Tutelle extérieur à l'établissement.

● *Patients ayant des occupations thérapeutiques indemnisées*

Certains patients peuvent avoir des occupations thérapeutiques indemnisées au sein de l'établissement sur prescription médicale. Pour chaque journée d'occupation, le patient perçoit une allocation journalière dite pécule de base. Suivant la nature de l'occupation effectuée, cette indemnisation est fixée à un chiffre variant entre un minimum et un maximum. Le taux minimum de cette indemnisation est égal au coût de l'affranchissement d'une lettre ordinaire. Son taux maximum s'établit à cinq fois le taux minimum. L'occupation thérapeutique indemnisée ne donne lieu à aucune déclaration auprès des différents organismes de retraite.

- ***Les patients détenus***

Concernant la prise en charge des patients détenus, le Centre Hospitalier La Chartreuse a mis en place une procédure jointe en [annexe 36](#) : **Prise en charge d'un détenu au CH de la Chartreuse PEC_OPC PO 7_**

CHAPITRE III : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS – DROITS ET OBLIGATIONS LIES A LA FONCTION PUBLIQUE

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors.

Les fonctionnaires jouissent, comme tout citoyen, de l'ensemble des libertés publiques individuelles ou collectives. Leur exercice reste soumis à des aménagements qui résultent des exigences de l'intérêt général.

SECTION 1 : DROITS DES PERSONNELS

1. LIBERTE D'OPINION

Article 6 de la loi précitée :

« La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires ».

L'agent est libre de ses opinions politiques, syndicales, philosophiques, religieuses mais il lui est interdit d'en faire état dans le cadre de son exercice professionnel où il doit respecter la plus stricte neutralité.

Celles-ci ne doivent faire l'objet d'aucune mention à son dossier. La citation de son appartenance à une organisation syndicale n'est possible que dans le cadre de l'exercice d'un mandat. Le déroulement de carrière des agents représentants du personnel est instruit dans le cadre des règles en vigueur.

2. GARANTIE GENERALE DE NON-DISCRIMINATION

Article 6 de la loi précitée :

« 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.

De même, des conditions d'âge peuvent être fixées, d'une part, pour le recrutement des fonctionnaires dans les corps, cadres d'emplois ou emplois conduisant à des emplois classés dans la catégorie active au sens de [l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite](#), d'autre part, pour la carrière des fonctionnaires lorsqu'elles résultent des exigences professionnelles, justifiées par l'expérience ou l'ancienneté, requises par les missions qu'ils sont destinés à assurer dans leur corps, cadre d'emplois ou emploi.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération

1° Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés au deuxième alinéa du présent article ;

2° Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;

3° Ou bien le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Les dispositions du présent article sont applicables aux agents non titulaires de droit public ».

3. LIBERTE SYNDICALE

Article 8 de la loi précitée :

Le droit syndical est garanti aux agents quel que soit leur statut. Les intéressés peuvent l'exercer dans le cadre des lois et règlements applicables dans la fonction publique hospitalière.

4. DROIT DE GREVE

Article 10 de la loi précitée :

« Les fonctionnaires exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent ».

Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum prévu par les lois en vigueur. Le Directeur détermine nominativement, au besoin par assignation notifiée individuellement, la liste des agents indispensables pour assurer la continuité du service en référence aux règles de sécurité en vigueur dans l'établissement.

5. DROIT DE L'AGENT A UNE PROTECTION JURIDIQUE FONCTIONNELLE DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS

Article 11 de la loi précitée :

« Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions et conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales, d'une protection organisée par la collectivité publique qui les emploie à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire au fonctionnaire.

Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique 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.

La collectivité publique est tenue 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 est 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.

La collectivité publique est subrogée aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des menaces ou attaques la restitution des sommes versées au fonctionnaire intéressé. Elle dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe qu'elle peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale. Les dispositions du présent article sont applicables aux agents publics non titulaires. »

6. DROIT A UN DOSSIER INDIVIDUEL

Article 18 de la loi précitée :

Le dossier de l'agent doit comporter toutes les pièces intéressant la situation administrative de l'intéressé, enregistrées, numérotées et classées sans discontinuité sur support papier ou sous forme dématérialisée présentant les garanties prévues par la loi.

Tout fonctionnaire a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi.

7. DROIT A DES CONDITIONS D'HYGIENE ET DE SECURITE CORRECTES DANS SON POSTE DE TRAVAIL

Article 23 de la loi précitée :

« Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux fonctionnaires durant leur travail ».

8. DROIT A LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Article 22 de la loi précitée :

Le droit à la formation professionnelle est reconnu aux agents à qui il peut être demandé de suivre une formation d'amélioration de ses compétences.

Pour les agents soumis à obligation réglementaire, l'établissement s'assure du respect par leur soin de leur obligation en matière de développement professionnel continu.

SECTION 2 : OBLIGATIONS DES PERSONNELS

1. RESPONSABILITE DE LA REALISATION DES TACHES CONFIEES

Article 28 de la loi précitée :

Tout agent, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y dérober pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par dispositions législatives.

2. OBLIGATION D'OBEISSANCE HIERARCHIQUE

Article 28 de la loi précitée :

Tout agent doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique des incidents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

3. CONSERVATION EN BON ETAT DES LOCAUX, MATERIELS ET EFFETS

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

Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou de non restitution.

4. DEVELOPPEMENT DURABLE

Conscient des impacts des activités sur les aspects économiques, sociaux et environnementaux, le Centre Hospitalier La Chartreuse est engagé dans une Politique de Développement Durable.

Dans cette perspective, une Charte d'engagement a été réalisée.

5. OBLIGATION DE DEPOT D'ARGENT, VALEURS OU OBJETS CONFIES PAR LES MALADES ET INTERDICTION DE POURBOIRE

Aucun agent hospitalier ne doit conserver d'objets, de documents ou de valeurs qui lui seraient confiés exceptionnellement par des malades. Ces biens sont déposés selon la procédure en vigueur.

Article R1112-51 du Code de la Santé Publique

Cf. **annexe 21** : Dépôt et retrait des objets et valeurs des patients hospitalisés PEC_PO 6

6. TENUE VESTIMENTAIRE DE TRAVAIL

Le port d'une tenue professionnelle est obligatoire pour effectuer les gestes qui nécessitent une protection pour le malade et pour le personnel.

Le port des vêtements de travail est interdit dans le restaurant du personnel et à l'extérieur du Centre Hospitalier lorsque le personnel n'est pas en service.

Les agents concernés sont tenus de porter les équipements de protection individuels (EPI) prévus pour l'exercice de leur profession.

7. RESPECT DE LA TRANQUILITE DES PERSONNES

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, éviter toute nuisance sonore de quelque origine que ce soit, tout particulièrement la nuit, dans les lieux d'hébergement.

8. CUMUL D'ACTIVITES

Les agents peuvent, après autorisation de l'établissement employeur et dans le strict respect des conditions prévues par la loi, cumuler une ou plusieurs activités accessoires relevant d'une activité privée à leur activité principale sous réserve que cette activité ne porte pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service. Cette activité peut être exercée auprès d'une personne publique ou privée.

9. SECRET PROFESSIONNEL**Article 26 de la loi précitée :**

Le respect du secret professionnel s'impose aux professionnels de l'établissement et leur interdit de divulguer des informations concernant leur activité ou les patients. Ils peuvent y déroger envers certaines autorités dans les conditions prévues par la loi.

10. OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE**Article 26 de la loi précitée :**

« L'ensemble des professionnels de l'établissement doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les agents ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent ».

11. RESPECT DES OBLIGATIONS DE L'AGENT AU TRAVAIL RELATIVES A LA PRESERVATION DE SA SANTE

Article L 4122-1 du Code du Travail :

« Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, il incombe à chaque agent de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail.

Les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Elles sont adaptées à la nature des tâches à accomplir.

Les dispositions du premier alinéa sont sans incidence sur le principe de la responsabilité de l'employeur ».

Une visite médicale avant toute prise de fonction est obligatoire.

12. INFORMATIONS AUX USAGERS

Article 27 de la loi précitée :

« Les agents ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public accueilli dans le respect des règles relatives au secret et à la discrétion professionnels et, à défaut, d'orienter la demande vers la personne compétente ».

13. RESPECT DE LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE

Cf. **Annexe 27 : Charte de la personne hospitalisée.**

14. RESPECT DE LA CHARTE INFORMATIQUE ET TELEPHONIE

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 la charte informatique et téléphonie.

Cf. **Annexe 37 : Charte informatique et téléphonie.**

15. RESPECT DES PROCEDURES DE TRAVAIL

Les agents du Centre Hospitalier La Chartreuse doivent respecter les procédures en vigueur au sein de l'établissement.

16. EFFETS ET BIENS PERSONNELS – RESPONSABILITE

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels.

La responsabilité de l'établissement ne peut être engagée en cas de vol ou détérioration d'effets personnels.

En cas de détérioration d'effets personnels d'un agent dans l'exercice de sa profession, l'établissement assure le remplacement de l'objet dans les conditions fixées à son contrat d'assurance après déclaration auprès de la Direction.

17. HOPITAL SANS TABAC

Article L3511-7 du Code la Santé Publique :

« Il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transport collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs.
Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de l'alinéa précédent. »

18. INTERDICTION DES SUBSTANCES ILLICITES

Article L3421-1 du Code de la Santé Publique :

L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende.

Les personnes coupables de ce délit encourent également, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, selon les modalités fixées à l'article 131-35-1 du code pénal.

Si l'infraction est commise dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende.

Les salariés qui manipulent des produits dangereux, sont affectés à une machine dangereuse ou conduisent des engins ou véhicules automobiles transportant notamment des personnes pourront être soumis à un test salivaire en cas de doute.

Le contrôle sera effectué par un ou des agents habilités, désignés par la Direction. A la demande du salarié, le contrôle sera effectué en présence d'un membre du personnel de son choix et une contre-expertise sur son état sera réalisée.

Le médecin du travail apprécie l'aptitude d'un salarié à son poste et fait pratiquer au besoin des examens complémentaires à l'examen clinique.

19. RESPECT DES REGLES D'HYGIENE

Tout personnel doit respecter, en fonction de son domaine d'activité, les précautions standard en vigueur en matière d'hygiène: règles d'hygiène des mains, de port de gants, de port de matériel de protection (lunette, masque, surblouse), d'entretien du matériel et des surfaces, de gestion des déchets et prévention des accidents d'exposition au sang...

Le port de bijoux aux mains et de vernis à ongles est proscrit dans les services de soins.

20. RESPECT DU REGLEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

Chaque agent doit respecter les dispositions du règlement du temps de travail qui le concernent dans le cadre de son activité.

Cf. [Annexe 38](#) : Règlement du temps de travail.

21. ALCOOL AU TRAVAIL

Hormis au moment du déjeuner, que celui-ci soit pris au restaurant du personnel ou dans les lieux appropriés à cet effet, et au cours de manifestations de convivialité, la consommation d'alcool est interdite sur le lieu de travail et pendant le temps de travail.

Dans ces circonstances, la consommation éventuelle d'alcool par les agents est tolérée dans les limites fixées par la réglementation en vigueur.

La Direction peut procéder au contrôle d'alcoolémie. En cas de résultat positif, l'agent est raccompagné à son domicile, sans préjuger des suites disciplinaires données.

Le contrôle est effectué par un ou des agents habilités, désignés par la Direction. A la demande du salarié, le contrôle sera effectué en présence d'un membre du personnel de son choix et une contre-expertise sur son état sera réalisée.

Les salariés qui manipulent des produits dangereux, sont affectés à une machine dangereuse ou conduisent des engins ou véhicules automobiles transportant notamment des personnes, font l'objet d'un suivi particulier par la Direction.

Par ailleurs, dans le cadre de son appréciation de l'aptitude d'un salarié à son poste, le médecin du travail fait pratiquer les examens complémentaires à l'examen clinique.

Article R4228-20 du Code du Travail :

« Aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail. Lorsque la consommation de boissons alcoolisées, dans les conditions fixées au premier alinéa, est susceptible de porter atteinte à la sécurité et la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur, en application de l'article L. 4121-1 du code du travail, prévoit dans le règlement intérieur ou, à défaut, par note de service les mesures permettant de protéger la santé et la sécurité des travailleurs et de prévenir tout risque d'accident. Ces mesures, qui peuvent notamment prendre la forme d'une limitation voire d'une interdiction de cette consommation, doivent être proportionnées au but recherché. »

Article R4228-21 du Code du Travail :

« Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse. »

22. LIVRET D'ACCUEIL DU PERSONNEL

Les droits et obligations des agents sont retracés dans le « livret d'accueil du personnel » qui est remis à chaque agent à son arrivée.

23. RELATIONS AVEC LES PATIENTS

Pour chaque agent, quel que soit le métier exercé, les relations avec les patients dans l'établissement doivent s'exercer dans le strict respect de l'exercice professionnel.

24. VIVRE ENSEMBLE

Pour chaque agent, quel que soit le métier exercé, les relations avec les collègues doivent s'inscrire dans le cadre d'une attitude de respect mutuel.

CHAPITRE IV : REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION DANS L'ENCEINTE DU CENTRE HOSPITALIER

SECTION 1 : STATIONNEMENT ET CIRCULATION

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'hôpital constituent des dépendances du domaine public de l'hôpital.

La circulation dans l'enceinte de l'établissement est soumise aux règles du code de la route.

La vitesse est limitée à 30km/h dans l'établissement.

Afin de préserver l'accessibilité des véhicules pompiers, ambulances, gendarmerie et véhicules assurant la logistique, la circulation et le stationnement sont réglementés.

Le stationnement est autorisé sur les seuls emplacements matérialisés.

Le Directeur dispose des pouvoirs de police pour faire respecter ces prescriptions.

En cas d'accident impliquant des usagers dans les dépendances du domaine public de l'hôpital, quel que soit leur moyen de locomotion, la responsabilité des auteurs des dommages est recherchée conformément au droit des assurances et au droit civil, voire pénal.

Cette recherche n'exclut pas la prise en charge de la réparation des dommages causés aux agents de l'établissement au titre des accidents de travail dès lors que les conditions de cette reconnaissance sont réunies.

SECTION 2 : SECURITE

1. OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE

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

Quelle que soit la raison de sa présence au sein du Centre Hospitalier, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions du directeur ou de ses représentants.

Dans la mesure où les conventions qui lient le Centre Hospitalier à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du Centre Hospitalier leur sont opposables. Le présent règlement intérieur est porté à cet effet à leur connaissance. Lesdits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du directeur du Centre Hospitalier les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

2. SECURITE INCENDIE

La formation à la sécurité incendie est obligatoire pour tout agent.

Chaque membre du personnel doit connaître la procédure sur la conduite à tenir en cas de déclenchement de l'alarme incendie.

Cf. **Annexe 39 : Conduite à tenir par le personnel soignant en cas de déclenchement de l'alarme incendie SEC_PR 2**

SECTION 3 : DISPOSITIF DE PROTECTION DES TRAVAILLEURS ISOLES

L'ensemble des personnels amenés à intervenir dans les unités de soins a obligation de porter sur lui un dispositif d'appel, appelé PTI. Ce dispositif permet à toute personne se sentant en danger, par une simple pression sur cet appareil, d'émettre un appel à l'aide répercuté à tout le personnel.

Le personnel est régulièrement formé à l'utilisation du PTI.

De plus le personnel dispose d'une fonction d'alerte par le téléphone avec la touche #1.

ANNEXES DU REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE

Les annexes sont disponibles individuellement sur l'Espace documentaire (Doc@Pro)