

|   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
|  | <i>REGLEMENT INTERIEUR - Manuel Qualité 3</i> | Référence : RI/MEA/003               |
|   | <b>REGLEMENT INTERIEUR<br/>du</b>             | Version : 1                          |
|   | <b>CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON</b>          | Date d'application :<br>Octobre 2008 |

**REGLEMENT INTERIEUR**  
**DU CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON**

**Juin 2011**

# SOMMAIRE

|   |       |
|---|-------|
| - <b><u>Présentation générale</u></b>                                 | P.1   |
| - <b><u>Chapitre 1 : Dispositions relatives aux instances</u></b>     | P.2   |
| - <b><u>Section 1 : Le Conseil de surveillance</u></b>                |       |
| -& 1 : Le champ d'action du Conseil de surveillance                   |       |
| -Article 1 : Attributions   | P. 3  |
| -Article 2 : Intervention du directeur de l'Agence Régionale de Santé | P.4   |
| -Article 3 : L'administration provisoire                              | P. 4  |
| -& 2 : Organisation du Conseil de surveillance                        | P. 5  |
| -Article 4 : Composition  | P. 5  |
| -Article 5 : Incompatibilités   | P. 6  |
| -Article 6 : Présidence   | P. 7  |
| -Article 7 : Cessation anticipée de fonction                          | P. 7  |
| -Article 8 : Mandat   | P. 8  |
| -Article 9 : Les personnes assistant avec voix consultative           | P. 8  |
| -& 3 : Fonctionnement du Conseil de surveillance                      | P. 9  |
| -Article 10 : Réunions  | P. 9  |
| -Article 11 : Votes   | P. 9  |
| -Article 12 : Registre des délibérations                              | P. 9  |
| -Article 13 : Compte-rendu  | P. 9  |
| -Article 14 : Modalités de fonctionnement                             | P. 10 |
| -Article 15 : Obligations des membres                                 | P. 10 |
| -Article 16 : Règles diverses   | P. 10 |

|  |       |
|--|-------|
| <b><u>-Section 2 : Le Directeur et l'équipe de direction</u></b> | P. 10 |
| -& 1 : Le Directeur  | P. 10 |
| -Article 17 : Attributions du Directeur                          | P. 10 |
| -Article 18 : Pouvoirs du Directeur                              | P. 12 |
| -Article 19 : Information du Directeur                           | P. 14 |
| -Article 20 : Signature des contrats de pôle                     | P. 14 |
| -Article 21 : Intervention du Directeur comme voix consultative  | P. 14 |
| -Article 22 : Les autres fonctions du Directeur                  | P. 14 |
| -Article 23 : Le Directeur et l'administration provisoire        | P. 14 |
| -Article 24 : Empêchement du Directeur                           | P. 15 |
| -Article 25 : L'équipe de direction                              | P. 15 |
| -& 2 : L'équipe de direction                                     | P. 15 |
| -Article 26 : Les réunions de l'équipe de direction              | P. 15 |
| -Article 27 : Convocation  | P. 15 |
| -Article 28 : Tiers invités                                      | P. 15 |
| -Article 29 : Relevé de décisions                                | P. 15 |
| -Article 30 : Confidentialité                                    | P. 15 |
| <br>   |       |
| <b><u>-Section 3 : Le Directoire</u></b>                         | P. 15 |
| -& 1 : Champ d'action du Directoire                              |       |
| -Article 31 : Compétences  | P. 15 |
| -Article 32 : Rôle des membres                                   | P. 16 |
| -&.2 : Organisation du Directoire                                | P. 16 |
| -Article 33 : Composition  | P. 16 |
| -Article 34 : Durée du mandat                                    | P. 17 |
| -&. 3 : Fonctionnement du Directoire                             | P. 18 |
| -Article 35 : Convocations                                       | P. 18 |
| -Article 36 : Réunions   | P. 18 |

|  |       |
|--|-------|
| -Article 37 : Prise de position du directoire          | P. 18 |
| -Article 38 : Experts et membres consultatifs          | P. 19 |
| -Article 39 : Secrétariat et compte rendu des réunions | P. 19 |
| -Article 40 : Suspension du directoire                 | P. 19 |
| -Article 41 : Obligations des membres du directoire    | P. 19 |

**-Section 4 : Les pôles d'activité** P. 20

|  |       |
|--|-------|
| -&.1 : Champ d'action du pôle d'activité                       | P. 20 |
| -Article 42 : Création d'un pôle et de ses structures internes | P. 20 |
| -Article 43 : Missions des pôles                               | P. 20 |
| -Article 44 : Contrat de pôle et projet de pôle                | P. 20 |
| -&.2 : Le chef de pôle   | P. 21 |
| -Article 45 : Compétences du chef de pôle                      | P. 21 |
| -Article 46 : Pouvoirs du chef de pôle                         | P. 22 |
| -Article 47 : Indemnités de fonctions                          | P. 22 |
| -Article 48 : Désignation des chefs de pôle                    | P. 22 |
| -Article 49 : Mandat du chef de pôle                           | P. 23 |
| -Article 50 : Empêchement                                      | P. 23 |
| -Article 51 : Les collaborateurs du chef de pôle               | P. 23 |

**-Section 5 : Services, unités fonctionnelles et autres structures internes** P. 23

|   |       |
|---|-------|
| -&.1 Organisation générale  | P. 23 |
| -Article 52 : Organisation selon le projet médical et les projets de pôle | P. 23 |
| -§. 2 Les responsables de structures internes                             | P. 23 |
| -Article 53 : Compétences des responsables de structures internes         | P. 23 |
| -Article 54 : Autorité des responsables de structures internes            | P. 24 |
| -Article 55 : Désignation des responsables de structures internes         | P. 24 |
| -Article 56 : Mandat  | P. 24 |
| -Article 57 : Empêchement   | P. 24 |

|   |       |
|---|-------|
| -Article 58 : L'équipe des responsables de structures internes  | P. 24 |
| <br>  |       |
| <b><u>-Section 6 : La Commission Médicale d'Etablissement (CME)</u></b>   | P. 25 |
| -&.1 : Champ d'action de la CME   |       |
| -Article 59 : Attributions  | P. 25 |
| -Article 60 : Missions et statut du Président de CME  | P. 26 |
| -&.2 : Fonctionnement de la CME   | P. 28 |
| -Article 62 : Préparation des réunions  | P. 29 |
| -Article 63 : Déroulement des réunions  | P. 29 |
| -Article 64 : Secrétariat   | P. 29 |
| <br>  |       |
| <b><u>-Section 7 : Les commissions relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins</u></b> | P. 30 |
| -&.1 : Le Comité de pilotage de la Qualité, de la Gestion des Risques, de l'accueil et de la prise en charge des usagers (CQGR)       |       |
| -Article 65 : Identification d'un coordonnateur médical   | P. 30 |
| -Article 66 : Composition permanente  | P. 30 |
| -Article 67 : Composition élargie   | P. 30 |
| -Article 68 : Missions  | P. 30 |
| -Article 69 : Mode de fonctionnement  | P. 31 |
| -Article 70 : Positionnement institutionnel   | P. 31 |
| -&.2 : Le Comité de Liaison Alimentaire Nutrition (CLAN)  | P. 32 |
| -Article 71 : Rôle et missions  | P. 33 |
| -Article 72 : Composition   | P. 33 |
| -Article 73 : Membres suppléants  | P. 33 |
| -Article 74 : Durée du mandat   | P. 34 |
| -Article 75 : Présidence  | P. 34 |
| -Article 76 : Bureau  | P. 34 |
| -Article 77 : Fonctionnement du CLAN et rôle du président   | P. 34 |

|  |       |
|--|-------|
| -Article 78 : Rapport d'activité   | P. 35 |
| -Article 79 : Moyens alloués   | P. 35 |
| -Article 80 : Liens avec les autres instances  | P. 35 |
| -&.3. La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge (CRUQPEC)                          | P. 35 |
| -Article 81 : Champ d'application  | P. 35 |
| -Article 82 : Composition  | P. 35 |
| -Article 83 : Missions   | P. 36 |
| -Article 84 : Fonctionnement   | P.37  |
| -&.4. Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)  | P. 37 |
| -Article 85 : Missions   | P. 37 |
| -Article 86 : Rôles  | P. 38 |
| -Article 87 : Composition  | P. 38 |
| -Article 88 : Renouvellement des membres   | P. 39 |
| -Article 89 : Responsabilités des membres  | P. 39 |
| -Article 90 : Modalités de fonctionnement  | P. 40 |
| -§. 5. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) | P. 40 |
| -Article 91 : Composition du CLIN  | P. 40 |
| -Article 92 : Missions du CLIN   | P. 40 |
| -Article 93 : Composition de l'EOHH  | P. 41 |
| -Article 94 : Missions de l'EOHH   | P. 41 |
| -Article 95 : Correspondants en hygiène  | P. 41 |
| -§. 6. Le Comité de Sécurité Transfusionnelle Hospitalière (CSTH)  | P. 41 |
| -Article 96 : Composition du CSTH  | P. 41 |
| -Article 97 : Missions du CSTH   | P. 42 |
| -Article 98 : Fonctionnement du CSTH   | P. 43 |
| -Article 99 : Modalités de vote du CSTH  | P. 44 |
| -Article 100 : Obligations des membres du CSTH   | P. 45 |

|  |       |
|--|-------|
| <b><u>-Section 8 : Le Comité Technique d'Etablissement (CTE)</u></b> | P. 45 |
| -&.1 : Champ d'action du CTE   | P. 45 |
| -Article 101 : Attributions  | P. 45 |
| -Article 102 : Information du CTE                                    | P. 45 |
| -&.2 : Organisation du CTE   | P. 45 |
| -Article 103 : Règles de composition                                 | P. 45 |
| -Article 104 : Mandat  | P. 46 |
| -Article 105 : Empêchement   | P. 46 |
| -&.3 : Elections   | P. 47 |
| -Article 106 : Qualité d'électeur et d'éligible                      | P. 47 |
| -Article 107 : Organisation des élections                            | P. 48 |
| -Article 108 : Le déroulement des élections                          | P. 50 |
| -Article 109 : La prise en compte des votes                          | P. 50 |
| -Article 110 : Le dépouillement                                      | P. 51 |
| -Article 111 : Les résultats des élections                           | P. 52 |
| -&.4 : Fonctionnement du CTE   | P. 52 |
| -Article 112 : Préparation des réunions                              | P. 53 |
| -Article 113 : Réunions  | P. 53 |
| -Article 114 : Les non-membres                                       | P. 53 |
| -Article 115 : Secrétariat   | P. 53 |
| -Article 116 : Règles diverses                                       | P. 54 |
| -Article 117 : Obligations des membres                               | P. 54 |
| <br>   |       |
| <b><u>-Section 9 : Dispositions communes à la CME et au CTE</u></b>  | P. 55 |
| -Article 118 : Délibérations communes                                | P. 55 |
| -Article 119 : Le droit d'alerte                                     | P. 55 |
| -Article 120 : Représentant de chacune des instances                 | P. 55 |
| -Article 121 : Discrétion professionnelle, exclusion en séance       | P. 56 |

**-Section 10 : La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)** P. 56

-&.1 : Organisation de la CSIRMT

-Article 122 : Composition de la CSIRMT P. 56

-Article 123 : Attributions de la CSIRMT P. 57

-Article 124 : Participation des membres de la CSIRMT dans les instances ou commissions de l'établissement P. 58

-Article 125 : Le compte-rendu de l'activité de ces représentants P. 58

-Article 126 : Les groupes de travail de la CSIRMT P. 58

-Article 127 : Le bureau P. 58

-&.2 : Fonctionnement de la CSIRMT P. 59

-Article 128 : Elections de la CSIRMT P. 59

-Article 129 : Séance d'installation P. 59

-Article 130 : Fréquence des réunions P. 60

-Article 131 : Ordre du jour et convocation P. 60

-Article 132 : Délibérations P. 60

-Article 133 : Procès-verbal ou compte-rendu P. 60

-Article 134 : Rapport d'activité de la CSIRMT P. 60

**-Section 11 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)** P. 60

-&.1- Champ d'action du CHSCT P. 60

-Article 135 : Compétences P. 60

-&.2- Organisation du CHSCT P. 61

-Article 136 : Composition P. 61

-Article 137 : Invités-experts P. 62

-&.3- Fonctionnement du CHSCT P. 62

-Article 138 : Moyens P. 62

-Article 139 : Réunions P. 63



|  |       |
|--|-------|
| -Article 140 : Visites   | P. 65 |
| -Article 141 : Rôle du CHSCT en cas de danger grave et imminent  | P. 66 |
| -Article 142 : Rôle du CHSCT en cas d'accident ayant eu ou qui aurait pu avoir des conséquences graves | P. 67 |
| -Article 143 : Formation   | P. 67 |
| -Article 144 : Dispositions diverses   | P. 67 |
| <br>   |       |
| <b><u>-Chapitre 2 : Dispositions relatives aux patients et personnels hospitaliers</u></b>             | P. 69 |
| <br>   |       |
| <b><u>-Section 1 : Dispositions préliminaires</u></b>  | P. 70 |
| -Article 145 : Organisation des soins  | P. 70 |
| -Article 146 : La sécurité générale  | P. 71 |
| -Article 147 : La circulation et le stationnement automobile   | P. 74 |
| <br>   |       |
| <b><u>-Section 2 : Admission et consultation</u></b>   | P. 75 |
| -&.1 : Dispositions générales  |       |
| -Article 148 : Compétence  | P. 75 |
| -Article 149 : Admissions  | P. 75 |
| -Article 150 : Information des familles des malades ou blessés hospitalisés en urgence                 | P. 78 |
| -Article 151 : Refus de soin   | P. 78 |
| -Article 152 : Dépôts  | P. 78 |
| -Article 153 : Le choix du malade  | P. 79 |
| -Article 154 : Consultation et activité libérale   | P. 79 |
| -&.2 : Dispositions spécifiques  | P. 81 |
| -Article 155 : Les femmes enceintes  | P. 81 |
| -Article 156 : Les militaires et les victimes de guerre  | P. 83 |
| -Article 157 : Les détenus et les personnes gardées à vue  | P. 83 |
| - Article 158 : Les mineurs et les majeurs protégés  | P. 84 |
| - Article 159 : les malades étrangers et les malades amenés par la police                              | P. 85 |

|  |        |
|--|--------|
| <b><u>-Section 3 : Conditions de séjour</u></b>  | P. 86  |
| -Article 160: Règles générales d'accueil   | P. 86  |
| -Article 161 : Information du patient  | P. 87  |
| -Article 162 : Consentement du patient   | P. 88  |
| -Article 163 : Information des proches   | P. 88  |
| -Article 164 : Comportement des patients   | P. 88  |
| -Article 165 : Modalités d'exercice du droit de visite   | P. 89  |
| -Article 166 : Règles applicables aux personnes extérieures                                      | P. 90  |
| -Article 167 : Les services disponibles  | P. 90  |
| -Article 168 : Hospitalisation des enfants   | P. 91  |
| <br>   |        |
| <b><u>-Section 4 : Sortie du patient</u></b>   | P. 93  |
| -Article 169 : Les différents modes de sortie  | P. 93  |
| -Article 170 : Les formalités de sortie  | P. 94  |
| <br>   |        |
| <b><u>-Section 5 : Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants, et malades</u></b> | P. 96  |
| -Article 171 : Information du médecin traitant   | P. 96  |
| -Article 172 : Communication du dossier médical  | P. 96  |
| <br>   |        |
| <b><u>-Section 6 : Mesures à prendre en cas de décès</u></b>                                     | P. 97  |
| -Article 173 : Le décès  | P. 97  |
| -Article 174 : L'après décès   | P. 98  |
| <br>   |        |
| <b><u>-Section 7 : Le personnel hospitalier</u></b>  | P. 100 |
| -Article 175 : Principes fondamentaux liés au respect du patient                                 | P. 100 |
| -Article 176 : Principes de bonnes conduites professionnelles                                    | P. 103 |
| <br>   |        |
| <b><u>-Définition des sigles</u></b>   | P. 105 |



## **PRESENTATION GENERALE**

Ce document constitue le règlement intérieur général du Centre Hospitalier d'Arcachon, conformément à l'article L. 6143-7 13° du Code de la Santé Publique (C.S.P).

La loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires » (H.P.S.T) du 21 juillet 2009 lui confère une importance particulière, dans la mesure où plusieurs questions d'organisation interne, notamment la composition de certaines instances de l'établissement, sont renvoyées au règlement intérieur. Cette importance particulière traduit la plus grande liberté des établissements dans leur propre organisation. Elle induit aussi en ces matières une responsabilité accrue.

### **1- ELABORATION DU REGLEMENT INTERIEUR**

Le directeur, président du directoire, arrête le règlement intérieur après concertation du directoire. Le conseil de surveillance, la CME et le CTE émettent un avis. La CSIRMT est informée.

### **2- CONTENU DU REGLEMENT INTERIEUR**

Au titre du principe de liberté d'organisation de chaque établissement, la loi et les textes réglementaires confient au règlement intérieur le soin de traiter certaines questions d'organisation interne. Quatre illustrations de ce rôle nouveau du règlement intérieur sont présentées.

- La composition de la CME

Chaque établissement détermine librement la répartition et le nombre des sièges, sous réserve d'assurer une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble de ses disciplines.

- La composition de la CSIRMT

Le nombre de sièges est déterminé par l'établissement, dans la limite de 30 membres élus.

- La nomination du responsable de structure interne

Le directeur nomme les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME, selon des modalités fixées par le règlement intérieur.

- La dérogation à l'incompatibilité des fonctions de président de la CME et de chef de Pôle

Le règlement intérieur de l'établissement peut prévoir de déroger à cette incompatibilité si l'effectif médical de l'établissement le justifie.

# **CHAPITRE 1**

## ***Dispositions relatives aux instances***

## **Section 1 - Le conseil de surveillance**

### **§1 - Le champ d'action du conseil de surveillance**

#### **Article 1 - Attributions**

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion 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.

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° Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
  - 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 ; Il en est de même des conventions auxquelles l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans lesquelles elle traite avec l'établissement par personne interposée. A peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au conseil de surveillance qu'elle se trouve dans une des situations mentionnées ci-dessus ;
  - 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.
- Le conseil de surveillance approuve également la désignation de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire dont l'établissement est membre (art. L. 6132-2 CSP).

Les délibérations mentionnées aux points 2°, 5°, et 7) sont exécutoires si le directeur général de l'agence régionale de santé ne fait pas opposition dans les deux mois qui suivent soit la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas.

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 aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La convention de communauté hospitalière de territoire, qui ne comporte pas de CHU.

Seul le président du conseil de surveillance émet un avis sur la nomination du directeur de l'établissement ainsi que sur le retrait d'emploi de ce dernier.  
Il peut aussi proposer au directeur général de l'ARS la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

Il est informé sur :

- \_ L'EPRD et le programme d'investissement, par le directeur ;
- \_ La nomination et la révocation des membres du directoire par le président du directoire.

Il nomme le commissaire aux comptes :

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

## **Article 2 - Intervention du directeur général de l'Agence Régionale de Santé**

Le directeur général de l'agence régionale de santé demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe, compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :

- 1° Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;
- 2° Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret.

Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

## **Article 3 - L'administration provisoire**

### *Hypothèses d'administration provisoire*

Par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, le directeur général de l'agence régionale de santé place l'établissement public de santé sous administration provisoire soit de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2, soit d'inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection générale des finances, soit de personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, soit de toutes autres personnalités qualifiées, désignés par le ministre chargé de la santé, lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à l'article L. 6143-3, l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.

Le directeur général de l'agence peut au préalable saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et, le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement. La chambre régionale des comptes se prononce dans un délai de deux mois après la saisine.

### *Le conseil de surveillance et l'administration provisoire*

Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil de surveillance et du directeur, ou les attributions de ce conseil ou du directeur, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommément désigné, exerce les attributions du directeur. Le directeur de l'établissement est alors placé en recherche d'affectation auprès du Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, sans que l'avis de la commission administrative compétente soit requis. Ce placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction ou à des directeurs des soins. Le directeur général de l'agence peut en outre décider la suspension du directoire. Les administrateurs provisoires tiennent le conseil de surveillance et le directoire régulièrement informés des mesures qu'ils prennent.

Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur général de l'agence. Au vu de ce rapport, ce dernier peut décider de mettre en œuvre les mesures prévues aux articles L. 6131-1 et suivants. Il peut également proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. A défaut de décision en ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit.

## **§2 – Organisation du conseil de surveillance**

### **Article 4 – Composition**

#### Composition générale

Le conseil de surveillance se compose de 9 sièges dont la répartition se fait entre trois collèges :

- 3 membres du collège des représentants des collectivités territoriales ;
- 3 membres du collège des personnels ;
- 3 membres du collège des personnalités qualifiées et représentants des usagers.

Les membres du conseil de surveillance des établissements publics de santé, y compris ceux dont le ressort est national ou interrégional, sont nommés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé de la région siège de leur établissement principal.

Le directeur général de l'agence régionale de santé saisit à cet effet les autorités et instances appelées à siéger, à être représentées ou à désigner des membres au sein du conseil de surveillance.

#### Composition du collège des représentants des collectivités territoriales

Le collège des représentants des collectivités territoriales :

- Le maire de la commune siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne ;
- Un représentant d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre dont la commune siège de l'établissement est membre ou, à défaut, un autre représentant de la commune siège de l'établissement principal ;
- Le président du conseil général du département siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne ;

Les représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements sont élus, en leur sein, par les organes délibérants de ces collectivités ou de leurs groupements. Si l'un des représentants des collectivités territoriales siégeant au conseil de surveillance tombe sous le



coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'article L. 6143-6, l'organe délibérant de la collectivité ou de son groupement désigne, en son sein, un nouveau représentant afin de le remplacer.

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

#### Composition du collège des personnels

Le collège des personnels :

- Un membre de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, désigné par celle-ci ;
- Un membre désigné par la commission médicale d'établissement ;
- Un membre désigné par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement ;

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

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

Les organisations syndicales appelées à désigner un membre sont déterminées par le directeur général de l'agence régionale de santé compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies, au sein de l'établissement concerné, à l'occasion des élections au comité technique d'établissement.

Lorsque le conseil de surveillance comprend un représentant du personnel, le siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix.

Lorsque le conseil de surveillance comprend deux représentants du personnel, le premier siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix. Le second siège est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes.

#### Composition du collège des personnalités qualifiées et représentants des usagers

Le collège des personnalités qualifiées et représentants des usagers :

- Une personnalité qualifiée désignée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- Deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 désignés par le représentant de l'Etat dans le département.

## **Article 5 – Incompatibilités**

### Causes d'incompatibilités

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.

## **Article 6 – Présidence**

### Désignation du président

Le président du conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées. Lorsque ses fonctions de membre du conseil de surveillance prennent fin, son mandat prend également fin.

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

La réunion au cours de laquelle le conseil de surveillance procède à cette élection est présidée par le doyen d'âge et le secrétariat de séance est assuré par le membre le plus jeune.

### Empêchement momentané du président

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

Si le président et son vice-président sont tous deux empêchés simultanément, la présidence est assurée par le plus âgé des membres parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, et les personnalités qualifiées.

## **Article 7 – Cessation anticipée de fonction**

### Fin de fonction d'un membre

Les membres des conseils de surveillance qui tombent sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'article L. 6143-6 démissionnent de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification.

#### Remplacement d'un membre

Si un membre cesse ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il est pourvu, dans le délai de trois mois, à son remplacement dans les mêmes conditions.

Dans ce cas, le mandat du nouveau membre prend fin à la date où aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.

### **Article 8 - Mandat**

La durée des fonctions de membre de conseil de surveillance est de cinq ans. Le mandat des membres du conseil de surveillance prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant.

Le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois, ces membres continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée.

Le mandat des membres désignés sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives expire lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement. Toutefois, ils continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

### **Article 9 - Les personnes assistant avec voix consultative**

Le directeur participe aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative, et exécute ses délibérations. La présence de l'équipe administrative de direction est possible, dans la mesure où le directeur peut se faire assister des personnes de son choix.

Le président de la CME, en qualité de 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 de l'établissement, participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Un représentant des familles des personnes accueillies dans l'EHPAD gérée par l'établissement.

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.

### **§3 – Fonctionnement du conseil de surveillance**

#### **Article 10 – Les réunions**

Le conseil se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres. L'ordre du jour est adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres et aux personnes siégeant à titre consultatif. Le délai peut être abrégé par le président en cas d'urgence.

La convocation, l'ordre du jour et les pièces s'y rapportant sont adressées par le directeur, au nom du président.

Le conseil se réunit au moins 4 fois par an. Les séances ne sont pas publiques.

#### *Suspension ou renvoi de séance*

Le président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le conseil de surveillance est réuni à nouveau dans un délai compris entre trois et huit jours.

#### *Quorum*

Le conseil ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assistent à la séance. Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion (qui doit avoir lieu dans un délai compris entre trois et huit jours) est réputée valable quel que soit, le nombre des présents. Dans ce cas, le conseil peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une séance ultérieure.

#### **Article 11 – Votes**

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante. Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

#### **Article 12 - Registre des délibérations**

Les délibérations sont conservées dans un registre, sous la responsabilité du directeur, président du directoire. Ce registre est tenu à la disposition des membres du conseil de surveillance et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.

#### **Article 13 - Comptes rendus**

Les membres du conseil de surveillance reçoivent un compte rendu de séance dans les quinze jours suivant chaque réunion du conseil de surveillance.

#### *Transmission au directeur général de l'Agence Régionale de Santé*

Les délibérations sont transmises sans délai au directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

#### **Article 14 - Modalités de fonctionnement**

Le conseil de surveillance dispose de moyens mis à sa disposition par le directeur. Le directeur organise le secrétariat du conseil de surveillance et apporte à celui-ci tous les éléments lui permettant de se prononcer pour avis ou par délibération, ainsi que pour son utile information.

#### **Article 15 - Obligations des membres**

##### Impartialité

Lorsque le conseil de surveillance examine les questions individuelles, l'avis est donné hors de la présence du membre du conseil dont la situation est examinée ou de toute personne ayant avec l'intéressé un lien de parenté et d'alliance jusqu'au quatrième degré inclus.

##### Confidentialité

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.

#### **Article 16 - Règles diverses**

##### Autorisation spéciale d'absence et congé

Des autorisations spéciales d'absence n'entrant pas en compte dans le calcul des congés annuels sont accordées, dans les conditions prévues au 4° de l'article 45 du titre IV du statut général des fonctionnaires, aux agents rémunérés de l'établissement membres du conseil de surveillance pour leur permettre d'accomplir leur mission au sein du conseil.

Les représentants des usagers au sein du conseil de surveillance bénéficient du congé de représentation prévu à l'article L.3142-51 du code du travail. Les fonctions de membre des conseils de surveillance sont exercées à titre gratuit. Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions.

### **Section 2 - Le directeur et l'équipe de direction**

#### **§1 - Le directeur**

#### **Article 17 - Attributions du directeur**

##### Compétences

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

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

Après concertation avec le directoire, le directeur :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;

12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;

16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7.

### Rôle du directeur

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

#### La garde administrative

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente, sur place, d'une autorité responsable, le directeur organise avec l'équipe de direction élargie aux cadres administratifs un service de garde administrative.

#### La garde technique

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

Il désigne les agents des services techniques de l'établissement qui assurent la garde, distincte de la garde administrative.

### **Article 18 – Pouvoirs du directeur**

#### Autorité du directeur

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

#### Pouvoirs de police du directeur

Le directeur exerce un pouvoir de police notamment en matière de sécurité générale, de tranquillité des usagers ou encore de la protection des biens et des personnes.

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

#### Pouvoirs de nomination du directeur

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement :

- A l'exception des membres de droit, il nomme les membres du directoire, et peut mettre fin à leurs fonctions, après information du conseil de surveillance.
- Il nomme les chefs de pôle d'activité, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. Au sein du pôle, il nomme également les collaborateurs du chef de pôle sur la proposition du chef de pôle.
- Il nomme les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME. IL peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service, de sa propres initiative ou sur proposition du chef de pôle.

Le directeur dispose d'un pouvoir de proposition de nomination et de mise en recherche d'affectation :

-Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination ou la mise en recherche d'affectation des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions.

-Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

#### Pouvoir d'admettre par contrat des professionnels libéraux

Le directeur peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral autres que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à l'établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement.

Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné.

#### La protection des personnels

Le directeur est compétent pour assurer aux personnels concernés (fonctionnaires, personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques quel que soit le statut dont ils relèvent) la garantie de leur protection, organisée par l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983.

#### Dérogation au pouvoir protecteur du directeur

La protection prévue à l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires est mise en oeuvre au bénéfice des personnels de direction des établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, par le directeur général de l'agence régionale de santé.

#### La délégation de signature

Dans le cadre de ses compétences définies à l'article L. 6143-7, le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature.

Toute délégation doit mentionner :

1° Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;

2° La nature des actes délégués ;

3° Eventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation.

Les délégations mentionnées à la présente sous-section, de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses.

### **Article 19 – Information du directeur**



### Information du directeur sur l'avancée du projet de pôle

Le directeur reçoit les éléments d'activité et d'évaluation fournis dans le cadre de la contractualisation interne précisant l'état d'avancement du projet de pôle et comportant une évaluation de la qualité des soins.

Ces éléments lui sont adressés par les chefs de pôles.

### **Article 20 - Signature des contrats de pôle**

Les contrats conclus avec chaque chef de pôle d'activité clinique et médico-technique, sont signés par le directeur, après avis du président de la CME, pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical.

### **Article 21 - Intervention du directeur comme voix consultative**

Le directeur ou, en cas d'empêchement, son représentant assiste avec voix consultative aux séances du conseil de surveillance. Il peut se faire assister des collaborateurs de son choix.

### **Article 22 - Les autres fonctions du directeur**

Le directeur est président de droit du directoire.

### **Article 23 - Le directeur et l'administration provisoire**

Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil de surveillance et du directeur, ou les attributions de ce conseil ou du directeur, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommé désigné, exerce les attributions du directeur. Le directeur de l'établissement est alors placé en recherche d'affectation auprès du Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, sans que l'avis de la commission administrative compétente soit requis. Ce placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction ou à des directeurs des soins. Le directeur général de l'agence peut en outre décider la suspension du directoire. Les administrateurs provisoires tiennent le conseil de surveillance et le directoire régulièrement informés des mesures qu'ils prennent.

Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur général de l'agence. Au vu de ce rapport, ce dernier peut décider de mettre en œuvre les mesures prévues aux articles L. 6131-1 et suivants. Il peut également proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. A défaut de décision en ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit.

### **Article 24 - Empêchement du directeur**

En l'absence du directeur, c'est l'un des directeurs adjoints qui le remplace. Si l'empêchement n'est pas temporaire, le remplacement du directeur temporaire relève des autorités sanitaires.

### **Article 25 - L'équipe de direction**

Il est assisté par une équipe de direction dans son travail.

## **§2 - L'équipe de direction**

### **Article 26 - Les réunions de l'équipe de direction**

Le directeur organise des réunions avec son équipe de direction au rythme d'une par semaine ou quinzaine selon une date préalablement fixée pour faire le point sur les affaires en cours ou à venir dans l'établissement.

Les réunions ne sont pas publiques.

Les réunions ne sont pas soumises à un quorum des membres de l'équipe de direction pour être valables.

### **Article 27 - Convocation**

Le secrétariat de direction adresse une convocation écrite aux membres de l'équipe de direction préalablement.

### **Article 28 - Tiers invités**

Le directeur peut inviter toutes personnes dont il estime discrétionnairement l'intervention utile lors des réunions en leur faisant parvenir une convocation écrite par le biais de son secrétariat.

Cette convocation précise l'objet de l'intervention du tiers.

### **Article 29 - Relevé de décisions**

Le directeur indique aux membres de son équipe les actions qu'ils ont à mettre en œuvre selon leurs attributions. Un relevé de décisions peut être rédigé par l'un des membres et soumis pour accord au directeur.

### **Article 30 - Confidentialité**

Les membres de l'équipe de direction, le directeur ainsi que les tiers invités à participer aux réunions sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle.

## **Section 3 - Le Directoire**

### **§1 - Champ d'action du Directoire**

#### **Article 31 - Compétences**

-Les attributions du directoire (CSP Art. L.6143-7-4) :

- \* Approbation du projet médical, préparé par le président de CME, avec le directeur
- \* Préparation du projet d'établissement (délibération du conseil de surveillance), notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- \* Conseil auprès du directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement

-La concertation du directoire :

Après concertation avec le directoire, le directeur :

- \* Conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)
- \* Décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- \* Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement
- \* Détermine le programme d'investissement (après avis de la CME pour les équipements médicaux)
- \* Fixe l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), le plan global de financement pluri-annuel (PGFP), les propositions de tarifs de prestations, et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales
- \* Arrête le compte financier (et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance)
- \* Peut proposer au directeur général de l'ARS, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération (conférences sanitaires, communautés hospitalières de territoire, groupements de coopération sanitaire, conventions de coopération, fédérations médicales interhospitalières) ou des réseaux de santé
- \* Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans
- \* Conclut les baux, les contrats de partenariat et les conventions de location
- \* Soumet de projet d'établissement au conseil de surveillance
- \* Conclut les délégations de service public
- \* Arrête le règlement intérieur de l'établissement
- \* A défaut d'un accord avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos
- \* Présente à l'ARS le plan de redressement (CSP art. L. 6143-3)

### **Article 32 - Rôle des membres du directoire**

Les membres du directoire se prononcent en tant que représentants de l'établissement, dans l'intérêt général de celui-ci, et non dans celui du secteur dans lequel ils exercent ou dont ils assument la responsabilité.

### **§2 - Organisation du Directoire**

#### **Article 33 - Composition**

Le directoire est composé de membres de droit et de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique, d'autre part.

Le nombre de membres du directoire est au maximum de 7.

Les membres de droit sont le directeur de l'établissement, le président de la commission médicale d'établissement et le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Il revient par ailleurs au directeur de nommer quatre membres, dont au moins trois membres appartenant au personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique de l'établissement.

Le directeur saisit le président de la CME, afin que celui-ci lui présente, sous 30 jours, une liste de trois noms.

En cas de désaccord ou de liste incomplète, le directeur pourra demander au président de la CME une nouvelle liste. En cas de nouveau désaccord, il lui appartiendra, à l'issue de cette procédure, de nommer la ou les personnes de son choix.

#### Incompatibilités

Les membres du directoire ne peuvent pas être membres du conseil de surveillance.

#### Présidence et vice-présidence

Le président est le directeur de l'établissement. Le vice-président est le président de la CME.

A l'exception des membres de droit, le directeur nomme et révoque les membres du directoire, après information du conseil de surveillance.

#### Empêchement d'un membre

Les membres du directoire n'ont pas de suppléant.

Les membres du directoire étant désignés ad nominem par voie de décision du directeur, ils ne peuvent se faire représenter aux réunions du directoire en cas d'empêchement.

### **Article 34 - Durée du mandat des membres**

La durée du mandat des membres du directoire nommés par le président du directoire de l'établissement est de 4 ans.

Ce mandat prend fin :

- Lors de la nomination d'un nouveau directeur
- Lorsque le titulaire quitte l'établissement
- Lorsque le titulaire cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire
- En cas de révocation par le directeur lorsqu'un membre non excusé est absent plus de trois fois consécutives à une réunion du directoire, s'il ne prend part que partiellement aux réunions de façon répétée ou manque à ses obligations de membre du directoire, notamment celles de confidentialité, d'impartialité ou de respect des décisions ou avis retenus par le directoire.

#### Renouvellement partiel

Il est procédé, dans un délai de deux mois maximum, au remplacement de tout membre qui, pour quelque cause que ce soit, vient à cesser définitivement ses fonctions de membre du directoire selon les modalités de composition ci-dessus mentionnées.

Les fonctions du membre successeur expirent lors du renouvellement total du directoire.

#### Renouvellement total

Le directoire doit être entièrement renouvelé en cas de démission collective. Il est alors procédé, dans le délai de deux mois, au renouvellement du directoire, selon les modalités de composition ci-dessus mentionnées. Un membre du directoire peut être renouvelé dans sa fonction.

### **§3 - Fonctionnement du Directoire**

#### **Article 35 - Convocations**

La convocation écrite, établie par le président, comprend l'ordre du jour de la réunion et les documents qui s'y rapportent.

Pour les réunions régulières, une convocation adressée si possible, quatre jours au minimum avant la réunion sera envoyée pour confirmation du calendrier prévisionnel.

Pour les réunions exceptionnelles, la convocation est adressée si possible, deux jours au minimum avant la réunion.

#### L'ordre du jour

L'ordre du jour des réunions du directoire est arrêté par le président.

Les membres du directoire peuvent solliciter l'inscription d'un point à l'ordre du jour, sur demande écrite adressée au président, accompagnée d'une note succincte justifiant cette demande concernant les réunions exceptionnelles.

Pour les réunions régulières, la demande doit parvenir au président au moins 15 jours ouvrables avant la réunion du directoire. Dans le cas où ce délai ne pourrait être respecté, le point sera inscrit à l'ordre du jour de la réunion suivante.

#### Documents

Les documents qui se rapportent à l'ordre du jour sont adressés aux membres du directoire en même temps que les convocations. Par ailleurs, dans le cas où la transmission de certains documents s'avèrerait difficile, il est organisé une consultation des documents à la direction de l'établissement.

Des documents utiles à l'information du directoire peuvent être distribués pendant la réunion.

### **Article 36 - Réunions**

#### Ouverture de réunion

La réunion est valablement ouverte par le président, sans conditions formelles de quorum.

#### Réunions régulières

Le directoire se réunit au minimum 8 fois par an. Il tient donc une réunion ordinaire au moins une fois toutes les 6 semaines, sur convocation de son président.

#### Réunions exceptionnelles

Des séances exceptionnelles peuvent être organisées.

La séance peut se tenir à l'initiative du président ou à la demande écrite de trois membres au moins, dans le respect des dispositions concernant l'ordre du jour.

S'il accepte la demande, le président arrête la date de la réunion exceptionnelle, qui doit se tenir dans le délai maximal d'un mois à compter de la réception de la demande écrite.

### **Article 37 - Prises de position du directoire**

Les prises de position du directoire résultent d'un consensus.

Dans le cas où celui-ci s'avèrerait impossible, un vote est requis à la majorité absolue des membres présents. Ce vote a lieu à bulletin secret si un des membres en fait la demande.

En cas d'égalité des voix, la voix du président est prépondérante.

La prise de position du directoire engage tous les membres, quelle que soit leur position individuelle.

Aucune personne étrangère au directoire ne peut participer aux avis ou décisions.

### **Article 38 - Experts et membres consultatifs**

Le directoire peut entendre toutes personnes compétentes sur les questions de l'ordre du jour, dès lors que ces personnes se retirent avant avis ou décisions.

Les experts et les membres consultatifs désignés par le président sont convoqués par celui-ci afin d'être entendus sur un point de l'ordre du jour.

### **Article 39 - Secrétariat et comptes-rendus des réunions**

Le secrétariat du directoire est assuré par le secrétariat général, placé auprès du directeur.

Le secrétariat général établit et diffuse les convocations aux réunions, accompagnées de l'ordre du jour et, le cas échéant, des documents s'y rapportant.

Il établit le relevé de conclusions et de propositions, qui comporte les avis et décisions du directoire, sans indications nominatives ou de répartition des votes.

Il est signé par le président et transmis aux membres du directoire.

Les relevés de décisions et des avis sont communiqués à l'ensemble des responsables de pôle, qui les communiquent par la suite aux responsables des structures internes de leur pôle.

### **Article 40 - La suspension du directoire**

Lorsqu'une administration provisoire est mise en place, le directeur de l'agence régionale de santé peut décider la suspension du directoire.

Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur de l'agence régionale de santé. Il peut proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. A défaut de décision dans ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit.

### **Article 41 – Obligations des membres du directoire**

#### Confidentialité et responsabilité

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du directoire sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle pour tous les faits et les documents dont elles ont connaissance à l'occasion de ces travaux. Les prises de position individuelle et le déroulé des débats sont notamment confidentiels.

Les membres du directoire sont liés par la prise de position du directoire.

#### Principe d'impartialité

L'obligation d'impartialité incombant aux membres du directoire impose l'exclusion momentanée du membre concerné lors des débats, avis ou décisions du directoire.

#### Engagements contractuels des membres (CSP L.6143-3-2)

Toute convention entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.

Il en est de même des conventions auxquelles l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans lesquelles elle traite avec l'établissement par personne interposée.

A peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au conseil de surveillance qu'elle se trouve dans une des situations mentionnées ci-dessus.

Le directeur de l'ARS défère au tribunal administratif les délibérations et les décisions portant sur ces matières, à l'exception de celles relevant du 5° de l'article CSP L.6143-7, qu'il estime illégales dans les 2 mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les motifs d'illégalité invoqués. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution.

Gratuité des fonctions (CSP D6143-35-4)

Les fonctions de membre du directoire sont exercées à titre gratuit.

## **Section 4 - Les pôles d'activité**

### **§1 - Champ d'action du pôle d'activité**

#### **Article 42 - Création d'un pôle et de ses structures internes**

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions suivantes.

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Les pôles d'activité comportent des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées.

#### **Article 43 - Missions des pôles d'activité**

Chaque pôle assure des missions d'action ou de gestion, dans le cadre des délégations d'action ou de gestion données par le directeur au chef de pôle.

#### **Article 44 - Contrat de pôle et projet de pôle**

##### Le contrat de pôle

Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle mentionné à l'article L. 6146-1 définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

- 1° Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- 2° Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- 3° Dépenses à caractère hôtelier ;
- 4° Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- 5° Dépenses de formation de personnel.

Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

- 1° Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- 2° Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- 3° Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- 4° Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;

- 5° Affectation des personnels au sein du pôle ;
- 6° Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- 7° Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Il est conclu pour une période de quatre ans. Il peut faire l'objet d'avenants. Il donne lieu à une ou plusieurs réunions de dialogue de gestion par an entre la direction et le pôle.

#### Le projet de pôle

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.

Le projet de pôle, élaboré par le chef de pôle de manière participative avec les responsables de structures internes et les cadres du pôle, doit être en cohérence avec le projet d'établissement, le projet médical et les autres projets de pôle.

Le projet de pôle comporte des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles, approuvés et suivis par les chefs de structures du pôle.

Le projet de pôle est soumis à l'acceptation de la CME et du directoire.

## **§2 - Le chef du pôle d'activité**

### **Article 45 - Compétences du chef de pôle**

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.

Tous les chefs de pôle d'activités cliniques ou médico-techniques sont membres de la CME.

Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chefs de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions. Le contenu de ces apprentissages est agréé par l'ANAP. La durée totale de cette formation ne peut pas être inférieure à 60 heures.



## **Article 46 – Pouvoirs du chef de pôle**

### Autorité du chef de pôle

Le chef de pôle exerce son autorité fonctionnelle sur l'ensemble du personnel du pôle, dont il a la charge, y compris sur les responsables des structures internes.

### La délégation de signature accordée au chef de pôle

Il revient au directeur de négociier, le cas échéant, avec chaque chef de pôle, la nature et l'ampleur de la délégation de signature qu'il lui accordera, dans les domaines précédemment énumérés, dans le cadre des contrats de pôle. Cette délégation de signature obéit aux mêmes règles formelles que toutes les autres délégations de signature. Les délégations, de même que leurs éventuelles modifications, sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses. Toute délégation peut être retirée à tout moment.

## **Article 47 – Indemnité de fonctions**

Une indemnité de fonctions est versée aux chefs de pôle. Elle est modulée en fonction des objectifs figurant dans le contrat de pôle.

Le versement de l'indemnité est suspendu :

- lorsque les fonctions de chef de pôle prennent fin ;
- ou lorsque le praticien démissionne de ses fonctions avant le terme de son mandat.

## **Article 48 – Désignation des chefs de pôles**

### Nomination des chefs de pôles d'activité clinique et médico-technique

Le directeur nomme les chefs de pôle clinique ou médico-technique sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement.

Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, le directeur nomme la personne de son choix. En cas de désaccord du directeur sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, le directeur peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le chef de pôle de son choix.

### Nomination des chefs de pôles autres que cliniques et médico-techniques

Les chefs de pôles, choisis parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction, sont nommés par le directeur.

### Qualité de chefs de pôle

Peuvent être responsable d'un pôle clinique ou médico-technique, les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie et pharmacie, les praticiens contractuels, les praticiens contractuels associés.

## **Article 49 - Mandat du chef de pôle**

La durée des mandats des chefs de pôles est de quatre ans renouvelable.

## **Article 50 - Empêchement**

Le mandat du chef de pôle peut prendre fin prématurément pour des raisons tirées de l'intérêt du service.

La décision de mettre fin au mandat du chef de pôle d'activité clinique et médico-technique est prise par le directeur, après avis du président de la CME.

## **Article 51 – Les collaborateurs du chef de pôle**

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ses collaborateurs est une sage-femme.

## **Section 5 - Services, unités fonctionnelles et autres structures internes**

### **§1 – Organisation générale**

## **Article 52 – Organisation selon le projet médical et les projets de pôles**

L'organisation en services, unités fonctionnelles et structures internes découle du projet médical et des projets de pôles dont les modalités ont été validées par le directoire. Les responsables de ces secteurs sont nommés dans le respect des dispositions du code de la santé publique.

### **§2- Les responsables de structures internes**

## **Article 53 - Compétences des responsables de structures internes**

Les responsables de structures internes proposent le recrutement du personnel médical et disposent du personnel médical en formation affecté à leur structure, en conciliant objectifs de formation et objectifs de fonctionnement médical de la structure.

Les responsables de structures internes assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

## **Article 54 - Autorité des responsables de structures internes**

Les responsables de structures internes exercent leur autorité sur le personnel de la structure dont ils ont la charge.

## **Article 55 – Désignation du responsable de structure interne**

### **Nomination des responsables de structures internes du pôle**

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.

#### Qualité des responsables de structures internes du pôle

Le responsable de structure interne est placé sous l'autorité du chef de pôle.

#### **Article 56 - Mandat des responsables de structures internes**

La durée du mandat des responsables de structures internes est de quatre ans renouvelable.

#### **Article 57 - Empêchement des responsables de structures internes**

Si le responsable de structures internes est temporairement empêché, il est remplacé par son adjoint, qu'il a désigné dès sa nomination.

Si le responsable de structures internes met fin à sa fonction ou si le responsable de pôle y met fin, il est remplacé par son adjoint le temps que le chef du pôle désigne son remplaçant.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle par décision du directeur, à son initiative, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Dans ce cas, le directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

#### **Article 58 - L'équipe des responsables de structures internes**

##### Constitution de l'équipe des responsables de structures internes

Dans chaque structure interne du pôle, un cadre de santé peut assurer la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins et/ou des explorations sous l'autorité du chef de pôle.

Les cadres de santé exerçant à l'intérieur du pôle sont nommés par le directeur.

##### Réunions de l'équipe du responsable de structures internes

L'équipe se réunit selon la fréquence la plus adaptée, sur convocation du responsable pour gérer les affaires en cours dans la ou les structures.

Ces réunions ne sont pas publiques et, elles sont soumises à l'obligation de discrétion professionnelle.

Un compte-rendu est fait par un membre de l'équipe, désigné au début de la réunion pour remplir cette fonction. Par la suite un exemplaire est envoyé à chaque membre de l'équipe et au chef du pôle.

## **Section 6 - La commission médicale d'établissement**

### **§1 - Champ d'action de la CME**

#### **Article 59 - Attributions**

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.

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.

La commission médicale d'établissement :

1° Propose au directeur le programme d'actions en matière de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. 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.

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.

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

1° Le projet médical de l'établissement ;

2° Le projet d'établissement ;

3° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;

4° Le règlement intérieur de l'établissement ;

5° Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux ;

- 6° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par 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.

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

- 1° L'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 2° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement ;
- 3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- 4° Les contrats de pôles ;
- 5° Le bilan annuel des tableaux de service ;
- 6° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 7° L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir ;
- 8° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 9° L'organisation interne de l'établissement ;
- 10° 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.

## **Article 60 – Missions et statut du président de la CME**

1° Il assure des fonctions de coordination médicale au sein de l'établissement, en binôme avec le directeur :

Le président de la CME :

- Est vice-président du directoire ;
- Coordonne la politique médicale de l'établissement ;
- Elabore, avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical de l'établissement ;
- Participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative ;
- Propose au directeur les listes de candidats en vue de la nomination dans les fonctions de chef de pôle ;
- Emet des avis :

\*Sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers : cet avis est communiqué au directeur général du CNG chargé de ces nominations sur proposition du président du directoire ;

\*Avant la signature des contrats de pôle pour vérifier, en ce qui concerne les pôles d'activité clinique et médico-technique, la cohérence du contrat avec le projet médical ;

\*Sur l'admission par contrats, par le directeur, sur proposition du chef de pôle, de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires de l'établissement.

2° Le président de la CME, doté d'un statut, a trois missions essentielles :

-Le président de la CME est chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, conjointement avec le directeur et sous réserve des attributions de la CME. A ce titre :

- Il peut organiser des évaluations internes ;

- Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité (résultant des inspections et de la certification);
- Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la CME.

-Le président de la CME élabore le projet médical, avec le directeur et en conformité avec le CPOM :

- Il en assure le suivi de la mise en œuvre ;
- Il en dresse le bilan annuel.

-Le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement. A ce titre :

- Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques ;
- Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;
- Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
- Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu ;
- Il présente au directoire et au conseil de surveillance un rapport sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

## **§2 – Organisation de la CME**

### **Article 61 – Règles de composition**

#### Composition

La composition de la CME, qui comprend des membres de droit et des membres élus, est fixée par le règlement intérieur de l'établissement, en fonction de ses spécificités. La répartition et le nombre de sièges doivent assurer une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

- L'ensemble des chefs de pôle cliniques et médico-techniques sont membres de droit de la CME ;
- Des membres élus assurent la représentation :

\*Des responsables de structures internes, des services ou unités fonctionnelles : Le nombre de sièges équivaut au nombre de responsables de structures, services et unités fonctionnelles.

\*Des praticiens titulaires de l'établissement : Le nombre de sièges équivaut au nombre de sièges de responsables de structures, services et unités fonctionnelles.

\*Des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral : Concernant les praticiens contractuels, les assistants, et les praticiens attachés à temps plein, le nombre de sièges équivaut au nombre de praticiens relevant de ces catégories. Les praticiens attachés à temps partiel, et ceux exerçant à titre libéral élisent un représentant dans leur catégorie.

\*Des sages-femmes : Les sages-femmes élisent un représentant dans leur catégorie.

- Une représentation des internes, à savoir un pour la médecine générale, un pour les autres spécialités, un pour la pharmacie et un pour l'odontologie. Ils sont désignés tous les six mois, à chaque début de stage, par le directeur général de l'ARS, après avis des organisations représentatives.

En outre, sont membres de la CME, avec voix consultative :

- Le Directeur, président du directoire ou son représentant, qui peut se faire assister de toute personne de son choix ;
- Le président de la CSIRMT ;

- Le praticien responsable de l'information médicale ;
- Le représentant du CTE élu en son sein ;
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.
- L'ensemble des praticiens non membres de la CME.

### Désignation des membres

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres à titre consultatif, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin 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 de 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.

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.

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 CME.

### Présidence et vice-présidence

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

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret à 3 tours 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.

Elles prennent fin sur présentation de sa démission au président du directoire ou au terme du mandat de la CME 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.

La fonction de président de la CME est incompatible avec la fonction de chef de pôle. La justification de cette incompatibilité réside dans le fait que le président de la CME intervient dans la procédure de désignation des chefs de pôle : il propose au président du directoire une liste de noms. Toutefois, le règlement intérieur de l'établissement peut déroger à cette incompatibilité, si l'effectif médical le justifie. Cette dérogation est applicable au Centre Hospitalier d'Arcachon.

### **§3 – Fonctionnement de la CME**

#### **Article 62 – Préparation des réunions**

##### Convocations et ordre du jour

La CME se réunit au moins 4 fois par an, sur convocation de son Président, qui en fixe l'ordre du jour. La CME est également réunie, à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'ARS, sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

L'ordre du jour, sauf cas d'urgence, est adressé dans la mesure du possible au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes siégeant avec voix consultative.

##### Membres invités

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, sur invitation du président.

#### **Article 63 – Déroulement des réunions**

##### Ouverture de réunions

Les réunions sont valablement ouvertes par le président lorsqu'au moins un quart des membres sont présents. Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle, quel que soit le nombre des membres présents.

##### Prises de position et responsabilité des membres de la CME

Il est procédé au vote à bulletin secret si un membre de la CME en fait la demande.

Les votes par correspondances, par procuration et les votes électroniques ne sont pas admis. Les tiers à la commission ne participent aux avis et délibérations de la CME.

Les avis, décisions et vœux sont pris à la majorité absolue (la moitié plus un) des membres présents.

Les membres de la CME sont liés par la prise de position de la CME quelle que soit leur position individuelle lors du vote. Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux de la CME sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont eu la connaissance à l'occasion de ces travaux, ainsi que les membres de la CME.

#### **Article 64 – Secrétariat**

Le secrétariat de la CME est assuré par le secrétariat général de l'établissement. Il adresse à chaque membre de la CME une convocation. Il adresse une copie des avis et des vœux, dans le délai maximum de quinze jours au directeur général de l'agence régionale de santé.

Le président de la CME assure l'information du corps médical, odontologique et pharmaceutique de l'établissement en mettant à disposition les procès-verbaux de la CME, sur intranet.



## **Section 7 - Commissions relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins**

### **§1 - Le comité de pilotage de la qualité, de la gestion des risques, de l'accueil et de la prise en charge des usagers (CQGR)**

#### **Article 65 - Identification d'un coordonnateur médical**

Le coordonnateur de la politique de la qualité et de la gestion des risques est, au Centre Hospitalier d'Arcachon, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E).

#### **Article 66 - Composition permanente du C.Q.G.R**

Le C.Q.G.R est un comité restreint et pluridisciplinaire, composé des membres suivants :

- Le coordonnateur médical : le Président de la C.M.E
- Le directeur-adjoint responsable
- Un praticien hospitalier formé en gestion des risques
- L'ingénieur qualité
- La directrice des soins
- Un cadre de santé formé en gestion des risques

#### **Article 67 - Composition élargie du C.Q.G.R**

La composition du C.Q.G.R est élargie, en fonction de l'ordre du jour de sa réunion, et si besoin est, notamment aux membres suivants :

- Le chef d'établissement
- Les référents des vigilances réglementées et non réglementées
- Les cadres de santé
- Les chefs de Pôle
- Les pilotes identifiés dans le cadre du programme global de qualité et gestion des risques
- Les partenaires sociaux, avant chaque C.H.S.C.T

#### **Article 68 - Missions du C.Q.G.R**

Toutes les missions du C.Q.G.R sont exercées de façon collégiale et pluridisciplinaire, et coordonnées par le Président de la C.M.E.

##### **-Communication**

La communication interne (intranet, gestion documentaire, journal TEXTO...) et externe (Internet, outils de liaison avec les professionnels de santé libéraux, manifestations...) est mise en œuvre avec l'appui d'un « groupe communication » spécifique et constitué.

L'organisation de formations à destination des médecins de ville s'appuie sur l'association Jean Hameau santé.

##### **-Gestion des risques liés aux soins**

Un programme spécifique de qualité et de gestion des risques liés aux soins est formalisé, à partir des éléments suivants :

- \*Le manuel de certification V10, intégrant les résultats de la certification V2, en 2009 ;
- \*La cartographie des risques liés aux soins élaborée de janvier à juin 2010 ;
- \*Le programme de sécurisation des circuits des médicaments et dispositifs médicaux stériles;
- \*Les rapports annuels des vigilances réglementées et non réglementées ;
- \*Le Système de Signalement des Evénements Indésirables (S.S.E.I), des Evénements Indésirables Graves (E.I.G) liés aux soins, et des Evénements Porteurs de Risques (E.P.R).

### -Gestion des risques non liés aux soins

La gestion des risques non liés aux soins s'appuie sur :

- \*Le Document Unique des risques professionnels, suivi en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines, et les partenaires sociaux ;
- \*Le S.S.E.I non liés aux soins, et notamment liés à l'hygiène, à la sécurité et aux conditions de travail, en lien avec les membres de l'équipe de direction et les partenaires sociaux.

### -Démarche Qualité et évaluation

La démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité regroupe :

- \*Le déploiement des démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (E.P.P) dans tous les secteurs d'activité, et notamment la mise en œuvre des Revues de Morbi-Mortalité (R.M.M) obligatoires en chirurgie ;
- \*Le suivi des indicateurs qualité standardisés au niveau national (indicateurs QUALHAS de qualité de tenue du dossier du patient...), et propres à l'établissement (tableaux de bord des pôles...).
- \*Les démarches qualité menées par des instances spécialisées, dans la nutrition (Comité de Liaison Alimentation Nutrition-CLAN), la douleur (Comité de Lutte contre la Douleur – CLUD)...

### -Certification

Le pilotage de la certification concerne :

- \*La certification globale de l'établissement par la Haute Autorité de Santé, tous les quatre ans. Le Centre Hospitalier d'Arcachon a été certifié en V1, en 2005, et en V2, en 2009.
- \*Les démarches d'accréditation spécifiques à certains secteurs : restauration, laboratoire...

### -Formation et Développement Professionnel Continu

Cet axe comprend deux volets, dont les priorités institutionnelles doivent être coordonnées, en fonction du projet d'établissement et du programme de qualité et de gestion des risques :

- \*Le Développement Professionnel Continu (D.P.C) médical : E.P.P, formations, congrès, supports...
- \*Le Plan de formation du personnel non médical

### -Accueil et prise en charge des usagers

L'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des usagers passe par :

- \*La gestion des plaintes, des réclamations et des contentieux, en lien avec la Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (C.R.U.Q.P.E.C) ;
- \*L'exploitation des questionnaires de sortie des patients hospitalisés et l'organisation d'enquêtes de satisfaction auprès des usagers ;
- \*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, par secteur d'activité ;
- \*L'organisation des parcours de soins.

Le C.Q.G.R développe au sein de l'établissement la politique de lutte contre les infections nosocomiales dévolue au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

## **Article 69 – Mode de fonctionnement du C.Q.G.R**

### -Rythme de réunion hebdomadaire

- \*Le C.Q.G.R se réunit tous les mardis, de 12 h à 14 h 30 en salle E.
- \*Toute absence devra être signalée à l'avance au secrétariat.

### -Ordre du jour des réunions

\*Chaque réunion fait l'objet d'un ordre du jour, établi en concertation avec tous les membres du C.Q.G.R, et qui leur est adressé au plus tard deux jours avant la réunion.

\*L'ordre du jour est fondé principalement sur :

-le S.S.E.I ;

-Le traitement des plaintes, des réclamations et des contentieux ;

-La finalisation et le suivi du programme de qualité et de gestion des risques.

\*Une réunion du C.Q.G.R avec les partenaires sociaux est planifiée avant chaque C.H.S.C.T, pour l'examen des E.I liés à l'hygiène, la sécurité et aux conditions de travail.

\*Une réunion du C.Q.G.R est élargie, chaque trimestre, aux pilotes des actions devant être mises en oeuvre sur ce trimestre, dans le cadre du programme qualité et gestion des risques.

\*Une réunion du C.Q.G.R est consacrée, chaque année, aux rapports d'activité des vigilants.

### - Secrétariat du C.Q.G.R

Le C.Q.G.R dispose d'un temps de secrétariat identifié sur un temps déterminé, pour assurer la préparation et les relevés de conclusions des réunions, la saisie des questionnaires de sortie et des enquêtes de satisfaction, et la centralisation du suivi de toutes les missions du C.Q.G.R.

## **Article 70 – Positionnement institutionnel du C.Q.G.R**

Pour l'accomplissement de ses missions, le C.Q.G.R, directement rattaché au directeur, qui décide, conjointement avec le Président de la C.M.E, de la politique concernée, se positionne de façon différente, selon les instances :

-La C.M.E contribue à l'élaboration de la politique de qualité et sécurité des soins, et à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle propose un programme d'actions, prenant en compte le bilan des améliorations mises en oeuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, et comprenant les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en oeuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi. La C.M.E élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

-La C.R.U.Q.P.E.C et la C.S.I.R.M.T contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

-Le Directoire est concerté sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

-Le Conseil de surveillance donne son avis sur cette politique.

## **§2 – Le Comité de Liaison Alimentaire Nutrition (CLAN)**

Le CLAN est une structure de réflexion et de production pour l'organisation de l'alimentation et de la nutrition des patients hospitalisés dans l'établissement.

Le CLAN définit, en lien avec les projets 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 et des personnels.

Le CLAN doit être soutenu par l'ensemble des professionnels hospitaliers pour la réalisation de ses missions.

## **Article 71 - Rôle et mission du CLAN**

-Réaliser l'évaluation de l'existant (besoins nutritionnels, organisation des prestations cuisine/service diététique/service de soins)

-Définir la politique de prise en charge nutritionnelle et hôtelière de l'établissement

-Accompagner et valider les actions de mise en oeuvre de la politique définie et de ses évolutions

- Déterminer les objectifs d'intervention et assurer la coordination de leur réalisation au travers de la mise en place de groupes d'études pluridisciplinaires
- Définir et proposer les orientations de formation continue nécessaire à la mise en œuvre de la politique définie et de ses évolutions
- Surveiller les actions entreprises et évaluer le respect de la politique hôtelière et nutritionnelle de l'établissement et définir les évolutions nécessaires
- D'autres rôles et missions peuvent être attribués au CLAN
- Le CLAN établit un rapport d'activité qui permet d'apprécier le degré de réalisation des objectifs fixés.

## **Article 72 - Composition**

Le CLAN est composé des membres suivants ayant voix délibérative :

### Membres désignés par la Commission médicale d'Etablissement :

- le président de la CME
- 4 médecins

### Membres représentant l'ensemble de l'activité hospitalière :

- 1 pharmacien
- Des représentants désignés par la direction du service de soins infirmiers
- Des représentants du personnel soignant :
  - o1 représentant du pôle chirurgie-obstétrique (cadre ou IDE)
  - o1 représentant du pôle médecine (cadre ou IDE)
  - o1 représentant du secteur neurologie-gériatrie (cadre ou IDE)
  - o 3 agents hospitaliers ou aides-soignantes exerçant la fonction hôtelière.

### Autres membres :

- le Directeur ou directeur adjoint
- le responsable du service restauration
- la diététicienne
- le directeur du service des soins infirmiers
- le responsable du service qualité
- 1 agent de la restauration
- 1 représentant du CLIN ou l'infirmière hygiéniste
- 1 représentant des usagers désigné par le conseil d'administration de l'établissement.

La liste du CLAN est arrêtée par le Directeur du Centre Hospitalier d'ARCACHON.

## **Article 73 - Membres suppléants**

Les membres du CLAN désignés par la CME et les représentants du personnels soignant peuvent être remplacés par des membres suppléants, choisis dans les mêmes conditions que les membres titulaires.

## **Article 74 - Durée du mandat**

La durée du mandat des membres du CLAN désignés par la CME est de 4 ans. Le renouvellement a lieu lors du renouvellement de la CME.

Les représentants du personnel administratif, soignant, logistique et technique sont eux aussi désignés pour 4 ans.

## **Article 75 - Présidence du CLAN**

Dès sa constitution, le CLAN choisit en son sein un président et un vice-président. Ils sont élus par l'ensemble des membres du CLAN.

## **Article 76 - Bureau**

Un bureau de 6 membres est désigné au sein du CLAN. Il est ainsi constitué :

- le président
- les vice-présidents
- la directrice des soins
- le directeur ou directeur adjoint
- le représentant de la fonction diététique
- le responsable restauration

Le bureau a pour rôle d'élaborer les propositions permettant de structurer, d'animer l'activité du CLAN et d'en assurer la continuité.

Il se réunit autant de fois que nécessaire.

## **Article 77 - Fonctionnement du CLAN et rôle du Président**

- Le président arrête la date de convocations et fixe l'ordre du jour des séances.
- Le CLAN se réunit au moins trois fois par an.
- Le Directeur de l'établissement et le président de la CME peuvent solliciter auprès du président la tenue d'une séance extraordinaire.
- Le comité peut entendre toute autre personne appartenant ou non à l'établissement pour un avis que des questions relevant de la compétence du CLAN.
- Le CLAN se prononce par un vote à main levée et à la majorité absolue des membres présents.
- Lors des votes et en cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.
- Un vote à bulletin secret peut être organisé à la demande du président ou d'un quart des membres présents.
- Il n'est pas possible de recourir au vote par procuration, ni au vote par correspondance.

## **Article 78 - Rapport d'activité**

Le président du CLAN prépare le rapport annuel d'activité. Il le soumet à l'approbation du CLAN.

Ce rapport est adressé au directeur et au président de la CME ;

Ce rapport d'activité sera transmis à toutes les instances consultatives de l'établissement, à la DRASS et à l'ARS ;

Une synthèse de ce rapport sera transmise à chaque service par l'intermédiaire des correspondants en nutrition.

## **Article 79 - Moyens alloués au CLAN**

Le secrétariat du CLAN sera assuré dans les mêmes conditions que celui de la CME.

Le secrétariat assure :

- le secrétariat des réunions ;
- la saisie des protocoles et procédures ;
- la frappe des supports de formation ;
- les actions de communication ;
- la frappe du rapport d'activité.

## **Article 80 - Liens avec les autres instances de l'établissement**

Les structures suivantes ont pour mission un lien naturel avec le CLAN :

- Le Comité du Médicament et le CLAN travailleront de manière concertée à la mise en place d'actions spécifiques concernant les commandes et la prescription de produits de nutrition entérale et parentérale ;
- Le CLAN collabore avec toutes les instances qui participent à la politique d'évaluation et d'améliorations de la qualité des soins.

## **§3 - La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge (CRUQPEC)**

### **Article 81 - Champ d'application**

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge 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 (Art. R. 111279).

### **Article 82 - Composition**

La Commission est composée des membres suivants :

-Présidée par :

- +Le directeur, président de la commission

-Avec voix délibérative :

- +Le médiateur médical
- +Le médiateur médical suppléant
- +Le président de la CME
- +Le médiateur non médical
- +Deux représentants des usagers titulaires
- +Deux représentants des usagers suppléants

-Avec voix consultative :

- +L'ingénieur qualité

### **Article 83 - Missions**

- La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches

L'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont systématiquement transmises aux membres de la commission, à chaque réunion de la commission. La commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

-La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches

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

- les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la CME ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;
- le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

+A partir notamment de ces informations, la commission :

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

+La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport mentionné à l'article L11123

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil de surveillance 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 16, à l'ARS et au conseil régional de santé.

## **Article 84 – Fonctionnement**

-La durée du mandat

Elle est fixée à trois ans renouvelables pour les médiateurs, les représentants des usagers et des représentants du personnel. Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

-Les réunions : fréquence, quorum, ordre du jour et compte rendu

La commission se réunit sur convocation de son président a moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaines et réclamations qui lui sont transmises.

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 peut entendre toute personne compétente sur les question à l'ordre du jour.

Le secrétariat est assuré par l'ingénieur qualité.

#### -Le vote

Le président ne prend pas part aux votes. Il peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la recommandation formulée.

Les membres de la commission, autres que le président, qui sont concernés (personnellement ou son service) 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 CME lorsqu'il s'agit du médiateur médecin.

Chaque établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

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

#### -Examen et traitement des plaintes et réclamations

Les membres de la commission, les directeur de garde et les secrétaires de direction sont tenus d'appliquer la procédure « traitement d'une réclamation écrite PR/DIP/001 ».

### **§4- Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)**

#### **Article 85 – Missions**

Le CLUD est une force d'analyse, de propositions, de validation, de coordination et de communication (vis-à-vis du public et des professionnels), appelé à travailler en collaboration avec la direction, les instances, les services de soins, la pharmacie, la qualité et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, pour améliorer la qualité de la prise en charge préventive, curative et palliative de la douleur aiguë ou chronique des patients.

Le CLUD aide à la définition, à la promotion et à la mise en œuvre d'une politique de soins cohérente en matière de lutte contre la douleur. Dans ce sens, il propose à chacune des instances concertées les orientations les mieux adaptées qui doivent figurer dans le projet d'établissement.



Le CLUD coordonne l'action des différentes parties prenantes, tant dans le domaine des soins que dans celui de la formation continue des personnels médicaux et non médicaux.

Le CLUD assure une mission d'observatoire de la prise en charge de la douleur dans l'établissement.

### **Article 86 – Rôles**

Proposer, à partir du bilan de l'existant, des objectifs d'amélioration et susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité, pour l'évaluation, la prévention et le traitement de la douleur.

Proposer, organiser, coordonner, évaluer les actions (audits, groupes de travail, protocoles, outils d'évaluation...) à l'usage des professionnels de l'hôpital.

Promouvoir, développer les actions de formation continue des personnels médicaux et para médicaux de l'établissement. Participer et favoriser la participation des personnels aux formations inter-établissements.

Donner son avis sur les projets d'acquisition des dispositifs médicaux et matériels nécessaires à la prévention et au traitement de la douleur.

Etablir un bilan annuel des actions engagées. Ce bilan est transmis au Directeur et membres de l'équipe de direction et des instances.

Informé des résultats des actions entreprises.

### **Article 87 – Composition**

Le CLUD est composé de membres de droit et de membres tirés au sort parmi les personnels volontaires ou proposés par le président de la CME et le directeur des soins. Il est composé comme suit :

#### -Membres de droit

- +Le directeur de l'établissement (ou son représentant)
- +Le président de la CME ou vice-président (ou leur représentant)
- +Le directeur du service des soins (ou son représentant)
- +Le président de la Commission Qualité et sécurité des soins
- +Le pharmacien-chef
- +Les soignants détenteurs d'un diplôme universitaire sur la douleur

#### -Membres volontaires ou désignés parmi le personnel médical et paramédical et représentant l'ensemble des fonctions soignantes de l'établissement

- +médecins (anesthésiste, chirurgien, urgentiste)
- +professionnels des soins infirmiers (cardiologie, chirurgie, maternité, rééducation)

Le CLUD élit un président et un vice-président parmi ses membres. Ces deux mandats sont conjointement remplis par un personnel médical et un personnel infirmier.

Le président veille à ce que les différentes fonctions soignantes soient représentées ainsi que les différents secteurs d'activités de l'hôpital.

### **Article 88 – Renouvellement des membres**

Les mandats des membres du CLUD est de quatre ans ; il est renouvelable.

La démission en cours de mandat doit être formulée par écrit et adressée au Président.

Le remplacement d'un membre en cours de mandat (mutation, démission, cessation d'activité ou changement de catégorie professionnelle) fera l'objet d'une négociation entre le président, vice-président et avec l'instance, la direction, la structure ou le service concerné ; la candidature proposée sera soumise au CLUD pour approbation. En cas de candidatures multiples pour un seul mandat, un tirage au sort sera effectué. Dans tous les cas, le mandat du nouveau membre prend fin au jour ou aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.

Sur proposition du président, il pourra être procédé au remplacement d'un membre absent de trois plénières consécutives si celui-ci n'a pas adressé de pouvoir de représentation ou de notification spécifique (maladie, raison de service...).

### **Article 89 – Responsabilités des membres**

Etre membre engage à s'investir individuellement et collectivement dans la mise en œuvre du programme d'actions d'amélioration défini par le CLUD.

Chaque membre siège prioritairement au titre de la fonction qu'il occupe et rend compte des pratiques de son secteur d'activité.

Chaque membre peut proposer un point à l'ordre du jour de la séance plénière en informant le président.

Chaque membre s'engage à informer, au sein de son secteur d'activités, des actions du CLUD et rapporter au CLUD les informations recueillies sur le terrain.

Le président se charge, en collaboration avec le secrétariat du CLUD et le vice-président, de diffuser les comptes rendus des séances. Il informe régulièrement les membres, instances, directions, et structures concernées des travaux entrepris. Il rédige le rapport annuel d'activités et les perspectives inhérentes qu'il soumet pour validation aux membres du CLUD et aux instances concernées.

Le président et/ou vice-président rencontre(nt) annuellement le chef de service et l'encadrement paramédical de chaque service afin de définir conjointement l'axe prioritaire d'amélioration et les actions en regard. Les membres du CLUD du service concerné sont associés à cette démarche.

Concernant le déroulement des débats lors des plénières, le président juge, au terme des discussions si les opinions émises permettent de procéder –ou non- à un vote sur la question soumise aux membres. Il propose la clôture des débats dès l'instant où tous les membres ont eu la possibilité de s'exprimer.

Lorsque le président informe les membres du CLUD présents du démarrage de la procédure d'un vote, les débats deviennent clos.

Les membres du CLUD sont responsables de l'application de la présente procédure.

### **Article 90 – Modalités de fonctionnement**

Le secrétariat du CLUD est assuré par la direction de la certification et des affaires générales.

Le CLUD se réunit en séances plénières au moins trois fois par an sur convocation de son président selon un calendrier défini en début d'année. Il peut être également réuni en séance

extraordinaire à la demande de la majorité de ses membres ou du directeur de l'établissement ou si une modification des textes en vigueur nécessitait de revoir l'organisation en place.

L'ordre du jour, arrêté par le président, est communiqué aux membres du CLUD au moins 15 jours avant la réunion. Le CLUD peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

Les séances plénières sont ouvertes aux personnels ou stagiaires qui souhaitent y participer ponctuellement. Ceux-ci sont soumis aux règles usuelles de confidentialité si nécessaire.

Le compte rendu des séances plénières est adressé en totalité aux membres du CLUD et mis sur l'intranet du Centre Hospitalier.

Le compte rendu est approuvé lors de la séance plénière suivante ; si nécessaire, les observations ou corrections sont incluses dans le compte rendu.

Des séances de travail sont également organisées autour des projets mis en place au sein de l'établissement selon le programme d'actions défini en début d'année ou pour répondre à un sujet d'actualité. Ces séances de travail (audits, formation, procédures...) sont mises en place au libre choix des membres du CLUD qui rendront compte de leurs travaux en réunions plénières.

L'archivage des documents produits par le CLUD ou servant à ses travaux est assuré conjointement par le président et le secrétariat du CLUD.

## **§ 5 Le Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales (CLIN) et Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH)**

### **Article 91- Composition du CLIN**

Le CLIN est composé des membres suivants :

- Le Chef d'Etablissement, ou son représentant
- Le Président de la CME
- La coordonnatrice générale des soins
- Les membres de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
- Cinq médecins correspondant en hygiène
- Une sage-femme correspondant en hygiène
- Un médecin biologiste
- Le médecin du travail
- Une IDE, correspondant en hygiène, désignée par la CSIRMT
- Cinq professionnels para-médicaux correspondants en hygiène
- Un représentant des usagers

Le Président et le Vice-Président du CLIN sont élus en son sein, parmi les praticiens titulaires, au scrutin uninominal secret à deux tours et à la majorité absolue.

Le majorité relative suffit au deuxième tour.

### **Article 92 – Missions du CLIN**

Dans le cadre des priorités et recommandations définies aux niveaux national et régional, le CLIN élabore annuellement un programme d'actions et un rapport d'activité.

Ceux-ci sont soumis à la CME et à la CSIRMT, pour avis, puis transmis au CHSCT.

Les actions à mettre en œuvre concernent notamment :

- La prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques
- La prévention des infections nosocomiales
- La mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène
- La surveillance des infections nosocomiales

- L'information et la formation
- L'évaluation des actions.

### **Article 93 – Composition de l'EOHH**

L'EOHH est composée des membres suivants :

- Le pharmacien hygiéniste
- Un médecin hygiéniste, désigné par le Président de la CME
- Le cadre infirmier hygiéniste, responsable assurance qualité
- Une infirmière hygiéniste

### **Article 94 – Missions de l'EOHH**

L'EOHH est chargée de mettre en œuvre et d'évaluer le programme d'actions, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. A ce titre, elle :

- A un rôle d'expert dans la gestion du risque infectieux
- Choisit les méthodologies relatives aux actions à entreprendre
- Elabore et diffuse des recommandations, et en évalue l'application
- Recueille et traite les données de la surveillance
- Réalise les investigations et interventions lors des alertes
- Coordonne et participe à la formation continue et initiale des professionnels
- Participe à la mise en place des mesures réglementaires
- Propose des correspondants en hygiène, à la désignation du Président du CLIN

### **Article 95- Correspondants en hygiène**

Des correspondants en hygiène, médicaux et para-médicaux, sont identifiés dans chaque secteur d'activité, sur la base du volontariat, pour une durée de 4 ans, renouvelable.

Ils bénéficient d'une formation spécifique délivrée par le CCLIN Sud-Ouest.

Ils ont un rôle de relai, comme transmetteurs d'informations, au sein de leur équipe, et de l'EOHH.

Ils facilitent la mise en œuvre des actions de prévention et de surveillance des infections nosocomiales dans chaque secteur.

## **§ 6 Le Comité de Sécurité Transfusionnelles Hospitalière (CSTH)**

### **Article 96-Composition du CSTH**

Le CSTH est composé de :

#### a) membres de droit :

- le Directeur général du Centre Hospitalier d'Arcachon, ou son représentant,
- le Président de la CME ou son représentant,
- le Directeur de l'EFS ou son représentant,
- le responsable de la coordination des vigilances et de la gestion des risques,
- le correspondant d'hémovigilance du Centre Hospitalier d'Arcachon,
- le correspondant d'hémovigilance de l'EFS,

- la référente d'hémovigilance du C.H. d'Arcachon,
- la Directrice des Soins ou son représentant
- le correspondant de pharmacovigilance du Centre Hospitalier d'Arcachon,
- Le coordonnateur régional d'hémovigilance.

b) deux médecins représentant les services les plus transfuseurs (Médecine, anesthésie, réanimation),

c) Un pharmacien choisi pour sa compétence dans le domaine des médicaments dérivés du sang,

d) le Cadre de Santé de Médecine Interne (service le plus transfuseur).

Les membres, autres que les membres de droit, sont désignés par le Directeur Général, pour une période de trois ans, renouvelable une fois. Les membres médecins mentionnés au point b) de l'article 1, sont désignés après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le Président est nommé par le CSTH parmi les membres du comité, pour une durée de trois ans, renouvelable une fois.

Sur proposition du Président, le comité désigne un vice-président habilité à le remplacer en cas d'empêchement.

Il est créé, au sein du CSTH, un Bureau composé du Président du CSTH, du responsable de la coordination des vigilances et de la gestion des risques, du correspondant d'hémovigilance du Centre Hospitalier d'Arcachon et d'un membre du CSTH.

Le Bureau prépare les séances et examine les affaires urgentes en vue d'une délibération du CSTH. Les membres de droit sont informés des dates et des ordres du jour de réunion du Bureau auxquelles ils peuvent en tant que de besoin s'inviter.

Le CSTH pourra consulter, sur des sujets relevant de leur spécialité, les experts ayant compétence particulière et pourra selon l'ordre du jour inviter les dits experts à participer à la réunion du CSTH.

Le correspondant de pharmacovigilance au sein de l'établissement pour les médicaments dérivés du sang, s'il le souhaite assiste de droit aux séances du comité et peut y être entendu.

#### **Article 97- Les missions du CSTH :**

Le CSTH exerce, en collaboration avec le correspondant d'hémovigilance du Centre Hospitalier d'Arcachon, une mission générale de coordination sur les questions d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle, ainsi que toute autre mission particulière que le Directeur Général lui confiera.

Le CSTH travaille en étroite collaboration avec le correspondant d'hémovigilance du Centre Hospitalier d'Arcachon.

Il a pour mission de proposer toutes études et mesures nécessaires à l'amélioration de la sécurité transfusionnelle des patients hospitalisés. Il s'assure, de la mise en œuvre des règles de sécurité transfusionnelle et des procédures d'hémovigilance.

Il participe, en collaboration avec l'EFS à une veille médicale et scientifique pour l'ensemble des activités transfusionnelles.

A ce titre :

- il veille au bon fonctionnement des dispositifs qui assurent la sécurité transfusionnelle et à l'application des bonnes pratiques d'hémovigilance au Centre Hospitalier d'Arcachon. Pour ce faire, il doit :
  - o s'assurer auprès des services responsables, de la présence dans le dossier médical des documents relatifs aux actes transfusionnels et, le cas échéant, de la copie de la fiche d'incident transfusionnel (article R666-12-24) ; et plus généralement de la mise en œuvre des procédures ayant trait à l'hémovigilance (traçabilité, information des patients transfusés...),
  - o se tenir informé des conditions de fonctionnement du dépôt de sang,
  - o analyser toute question relative à la collaboration des correspondants d'hémovigilance de l'hôpital et du site transfusionnel dont il relève, et plus généralement de toute question portant sur les circuits de transmission des informations et le processus de mise en œuvre de l'acte transfusionnel,
  - o être averti des incidents transfusionnels inattendus ou indésirables, et de concevoir toute mesure destinée à y remédier,
  - o mettre en place un programme de formation en sécurité transfusionnelle destiné aux personnes concernées,
  - o remettre à la commission médicale consultative un rapport annuel d'activité (Cf annexe).
- Il peut être saisi de tout problème concernant la sécurité transfusionnelle,
- Il peut saisir le coordonnateur régional et l'AFSSAPS de toute question relative à la mise en œuvre des règles d'hémovigilance dans l'hôpital,
- Il suit l'évolution des besoins des utilisateurs en termes de quantité, qualité et sécurité des produits sanguins labiles. Il peut mener des actions, en concertation avec l'EFS, en vue d'une prescription adaptée et sûre de produits sanguins.

Il délibère sur son règlement intérieur et sur toute modification ultérieure.

#### **Article 98 - Le fonctionnement du CSTH**

Le CSTH se réunit au moins trois fois par an dont au moins une fois en présence du correspondant Régional de l'hémovigilance, sur convocation de son Président. Il peut être également convoqué à l'initiative du correspondant d'hémovigilance, du Directeur général, du Président de la CME ou d'un de ses membres.

L'ordre du jour est fixé, sur proposition du bureau, par le Président.

Le secrétariat de l'hémovigilance est chargé d'assurer le secrétariat du CSTH et de son Bureau, en collaboration avec le correspondant d'hémovigilance. Il rédige, sous l'autorité du Président et du correspondant d'hémovigilance, le procès verbal qui, après adoption, sera envoyé aux membres du comité.

Sur proposition du Président, le comité peut se doter de groupes de travail temporaires qui ont pour mission de préparer les travaux des séances plénières.

Le Bureau du CSTH coordonne les actions de ces groupes de travail et en fait la synthèse en vue de préparer les avis et les recommandations du CSTH.

Le Bureau est convoqué par le Président avant chaque séance plénière du CSTH. Il peut être convoqué en réunion à l'initiative du Président ou de la moitié de ses membres. Lors des réunions du Bureau, le Président peut inviter toute personne susceptible d'aider le Bureau dans la réalisation de sa mission.

La présence des membres du CSTH est validée par un émargement.

Les membres ou personnes régulièrement convoqués et qui, pour une raison quelconque, ne peuvent assister à une réunion du Comité, sont tenus d'en informer à l'avance le Président par un courrier.

*L'absence non motivée à 3 réunions consécutives peut conduire à son remplacement.*

Le coordonnateur régional et le Préfet de département sont destinataires des comptes rendu, rapports et autres documents intéressant l'hémovigilance élaborés par le CSTH.

#### **Article 99- Les modalités de vote du CSTH :**

Le droit de vote est attaché à la qualité de membre.

Les avis et les recommandations émis par le CSTH ne sont valides que si plus de la moitié des membres sont présents.

Lorsque après une convocation régulière, le quorum mentionné à l'article précédent n'a pas été réuni, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Le CSTH vote à main levée sur les questions qui lui sont soumises. La voix du Président est prépondérante s'il y a partage des voix.

Les résultats du vote sont annoncés par le Président de séance et transmis aux instances compétentes par le secrétariat.

Le vote par procuration est admis dans les conditions définies ci-après :

Sans que cela puisse porter atteinte aux règles définies pour le quorum visé à l'article 18 ci-dessus, tout membre absent ou empêché peut donner par écrit, pouvoir à un autre membre du CSTH, de le représenter à une séance du Comité, sous réserve que chaque membre ne peut représenter qu'un seul membre à fois.

Chaque procuration ne peut être valablement émise que pour une seule réunion.

Ces pouvoirs sont remis au Président en début de séance.

## **Article 100- Des obligations des membres et personnes du CSTH**

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du CSTH sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont la connaissance à l'occasion de ces travaux.

### **Section 9 - Le comité technique d'établissement**

#### **§1 - Champ d'action du CTE**

##### **Article 101 - Attributions**

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 et sur le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;

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

3° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;

4° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;

5° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;

6° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

7° Le règlement intérieur de l'établissement.

##### **Article 102 - Information du CTE**

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 de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

#### **§2 - Organisation du CTE**

##### **Article 103 - Composition**



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

1° Dans les établissements de moins de cinquante agents : trois membres titulaires et trois membres suppléants ;

2° Dans les établissements de cinquante à quatre-vingt-dix-neuf agents : six membres titulaires et six membres suppléants ;

3° Dans les établissements de cent agents au moins et cinq cents agents au plus : dix membres titulaires et dix membres suppléants ;

4° Dans les établissements comptant cinq cent un agents au moins et deux mille agents au plus : seize membres titulaires et seize membres suppléants ;

5° Dans les établissements de plus de deux mille agents : vingt membres titulaires et vingt membres suppléants.

Pour l'application de ces dispositions, l'effectif à prendre en considération est celui de l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires et 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 modifiée 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 au dernier alinéa de l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires. Cet effectif est apprécié au 31 décembre de l'année qui précède celle au cours de laquelle le comité est constitué ou renouvelé.

#### **Article 104 - Mandat**

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 des hôpitaux et 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.

#### **Article 105 - Empêchement**

##### *Empêchement permanent*

Lorsqu'un représentant titulaire du personnel cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions en raison de son décès, ou à la suite d'une démission de ses fonctions dans l'établissement ou de son mandat, d'un changement d'établissement, ou parce qu'il est frappé de l'une des causes d'inéligibilité prévues à l'article R. 6144-53 du présent code, il est remplacé par un suppléant pris dans l'ordre de la liste au titre de laquelle il a été élu.

Le suppléant est lui-même remplacé par le candidat suivant figurant sur la même liste. Lorsque, faute d'un nombre suffisant de candidats, l'organisation syndicale se trouve dans l'impossibilité

de pourvoir à ce remplacement, elle désigne le représentant parmi les agents éligibles composant le collège mentionné à l'article R. 6144-53.

Lorsqu'un représentant suppléant du personnel cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions pour l'une des causes énumérées au premier alinéa du présent article, il est remplacé dans les conditions prévues à cet alinéa.

Le mandat des représentants titulaires ou suppléants désignés dans les conditions prévues par le présent article prend fin à la date à laquelle aurait normalement pris fin le mandat des titulaires ou des suppléants qu'ils remplacent.

Lorsqu'un représentant titulaire ou suppléant change de catégorie, tout en demeurant dans l'établissement, il continue à représenter le collège au titre duquel il a été élu.

#### Empêchement temporaire

Lorsqu'un représentant titulaire est dans l'impossibilité d'assister à une réunion du comité technique d'établissement, il peut être remplacé par l'un quelconque des suppléants figurant sur la liste au titre de laquelle il a été élu.

### **§3 - Elections**

#### **Article 106 – Qualité d'électeur et d'éligible**

Sont électeurs dans chacun des collèges énumérés à l'article R. 6144-42 les fonctionnaires titulaires et stagiaires appartenant à un corps ou occupant un emploi rangé dans la ou les catégories concernées, ainsi que les 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 modifiée 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 ; ces derniers sont classés dans le collège correspondant aux fonctions qu'ils exercent.

Toutefois, les fonctionnaires appartenant à un corps de catégorie A géré et recruté au niveau national en application de l'avant-dernier alinéa de l'article 4 du titre IV du statut général des fonctionnaires n'ont pas la qualité d'électeur.

Le directeur de l'établissement dresse la liste électorale. La qualité d'électeur est appréciée à la date du scrutin. Dans le cas prévu à l'article R. 6144-58, une liste électorale est établie pour chaque section de vote.

La liste électorale est affichée dans l'établissement et, s'il y a lieu, dans les établissements annexes, soixante jours au moins avant la date fixée pour le scrutin.

Sont éligibles au titre d'un collège déterminé les personnels inscrits sur la liste électorale de ce collège et qui, à la date du scrutin, sont en fonctions depuis au moins trois mois dans l'établissement.

Toutefois, ne peuvent être élus les personnels en congé de longue durée, ni ceux qui ont été frappés d'une rétrogradation ou d'une exclusion temporaire de fonctions à moins qu'ils n'aient été amnistiés ou n'aient été relevés de leur peine dans les conditions prévues à l'article 14 du

décret n° 89-822 du 7 novembre 1989 relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière, ni ceux qui sont frappés d'une des incapacités édictées par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral.

### **Article 107 – Organisation des élections**

Le nombre des représentants à élire 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 1°, 2°, 3°, 4° et 5° 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, une catégorie n'ait aucun siège ;

b) Le nombre de sièges des représentants de la catégorie A soit inférieur à deux dans les établissements comptant cinq cent un agents au moins et deux mille agents au plus, et à trois dans les établissements de plus de deux mille agents.

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 6144-4, le taux de participation est fixé à 30 % du nombre des électeurs inscrits.

Lorsque le nombre des électeurs d'un collège est inférieur à cinq, ceux-ci sont rattachés au collège de la catégorie hiérarchique immédiatement inférieure. Si l'effectif total de ces deux collèges est lui-même inférieur à cinq, les trois collèges sont alors fusionnés. Si l'effectif du collège de la catégorie C est inférieur à cinq, celui-ci est alors fusionné avec le collège de la catégorie B.

Dans tous les cas, le nombre de représentants à élire pour le collège ainsi constitué est proportionnel à son effectif total.

La date des élections pour le renouvellement général des comités techniques d'établissement des établissements publics de santé est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après consultation des organisations syndicales membres du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et de la Fédération hospitalière de France. Cette date est rendue publique au moins trois mois à l'avance par affichage dans les établissements concernés.

Lorsque l'élection des membres d'un comité technique d'établissement a lieu entre deux renouvellements généraux, la date du scrutin est fixée par le directeur de l'établissement, après consultation des organisations syndicales représentatives dans l'établissement.

Dans un délai de huit jours suivant l'affichage, les électeurs peuvent vérifier les inscriptions et, le cas échéant, présenter au directeur de l'établissement des demandes d'inscription ou des réclamations contre les inscriptions ou omissions sur la liste électorale. A l'expiration de ce délai de huit jours, le directeur affiche dans les quarante-huit heures les modifications apportées à la liste électorale. Pendant cinq jours, à compter de cet affichage, des réclamations peuvent être

formulées contre les inscriptions ou radiations ainsi prononcées. Le directeur statue alors dans les vingt-quatre heures.

A l'expiration du délai de seize jours suivant l'affichage, la liste électorale est close.

La liste électorale ainsi close est transmise, sur leur demande, aux organisations syndicales déclarées dans l'établissement.

Aucune modification n'est alors admise, sauf si un événement postérieur et prenant effet au plus tard la veille du scrutin entraîne, pour un agent, l'acquisition ou la perte de la qualité d'électeur.

Dans ce cas, l'inscription ou la radiation est prononcée au plus tard la veille du scrutin par le directeur de l'établissement, soit de sa propre initiative, soit à la demande de l'intéressé, et immédiatement portée à la connaissance des personnels par voie d'affichage, sans toutefois entraîner de modification du nombre des sièges à pourvoir.

Sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 6144-4, les listes de candidats sont présentées par collège par les organisations syndicales.

Nul ne peut être candidat sur plusieurs listes.

Chaque liste doit comporter autant de noms qu'il y a de sièges à pourvoir, titulaires et suppléants. Si, pour un collège donné, une liste comporte, à la date de dépôt prévue à l'alinéa suivant, un nombre de candidats supérieur ou inférieur au nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir, l'organisation syndicale qui a déposé cette liste est réputée n'avoir présenté aucun candidat pour ce collège.

Les listes sont déposées à la direction de l'établissement au moins quarante-deux jours avant la date fixée pour les élections. Elles indiquent le nom d'un délégué de liste et d'un délégué suppléant habilités à les représenter dans toutes les opérations électorales.

Le dépôt de chaque liste est accompagné d'une déclaration de candidature signée de chaque candidat. Le dépôt fait l'objet d'un récépissé remis par le directeur au délégué de liste ou au délégué suppléant.

Dans le délai de huit jours suivant la date limite de dépôt des listes, le directeur de l'établissement procède à leur vérification et porte sans délai les irrégularités constatées à la connaissance des délégués de listes. Ces derniers peuvent alors procéder, dans un délai de cinq jours francs à compter de l'expiration du délai de huit jours susmentionné, aux modifications nécessaires.

Les listes établies dans les conditions prévues à l'alinéa précédent sont aussitôt affichées dans l'établissement.

Aucune liste ne peut être modifiée après l'expiration du délai de cinq jours prévu au premier alinéa. Si, après l'expiration de ce délai, il est constaté qu'une liste ne comprend pas le nombre exact de candidats prévu à l'article R. 6144-54, ou si un ou plusieurs candidats sont reconnus inéligibles et qu'en conséquence la liste concernée ne comprend plus le nombre de candidats requis, cette liste est considérée comme n'ayant présenté aucun candidat pour le collège correspondant. Toutefois, si le fait motivant l'inéligibilité d'un candidat est intervenu après la date limite prévue pour le dépôt des listes, ce candidat peut être remplacé sans qu'il y ait lieu de modifier la date du scrutin.

Sous réserve des alinéas précédents, aucun retrait de candidature ne peut être opéré et aucune nouvelle candidature ne peut être présentée après le dépôt des listes de candidats.

Le directeur de l'établissement fixe, après consultation des organisations présentant des listes, le modèle des bulletins de vote et des enveloppes.

Les bulletins de vote mentionnent l'objet et la date du scrutin, l'intitulé de la liste et le nom des candidats.

La charge financière des bulletins de vote et des enveloppes, leur fourniture et leur mise en place ainsi que la distribution des professions de foi sont assumées par l'établissement.

### **Article 108 – Le déroulement des élections**

Un bureau de vote est institué dans chaque établissement pour chacun des collèges. Le bureau de vote est présidé par le directeur ou son représentant.

Un assesseur est désigné par chaque organisation ayant présenté une liste. Le nombre d'assesseurs ne peut être inférieur à deux. Dans le cas où les organisations ayant présenté des listes n'ont pas désigné d'assesseurs en nombre suffisant, le président complète le bureau de vote en faisant appel à des personnels en activité dans l'établissement.

En cas de dispersion des services, les électeurs peuvent être répartis en sections de vote par décision du directeur de l'établissement prise après consultation des organisations présentant des listes.

Le directeur de l'établissement désigne le président de chaque section de vote. Celle-ci comprend des assesseurs désignés dans les conditions prévues à l'article R. 6144-57.

Les opérations électorales se déroulent dans l'établissement pendant les heures de service.

Les horaires d'ouverture et de clôture du scrutin sont arrêtés par le directeur après consultation des organisations ayant présenté des listes. Le scrutin est ouvert sans interruption pendant au moins dix heures.

### **Article 109 – La prise en compte des votes**

Le vote peut avoir lieu par correspondance.

Le vote par procuration n'est pas admis.

En cas de vote par correspondance, le bulletin de vote est inclus dans une première enveloppe non cachetée vierge de toute inscription. Cette enveloppe est placée dans une seconde enveloppe cachetée, signée par l'agent et portant au recto la mention du collège ainsi que l'identité de l'électeur. L'ensemble est adressé par voie postale au directeur de l'établissement et doit parvenir au bureau de vote avant l'heure de clôture du scrutin. Les bulletins arrivés après cette heure limite n'entrent pas en compte dans le résultat du dépouillement. En outre, seul le matériel électoral fourni par l'établissement peut être utilisé.

Le directeur de l'établissement tient un registre des votes par correspondance.

Dans chaque lieu de vote est déposée une liste électorale, qui est émargée par chaque électeur votant et par un membre du bureau, ou par ce dernier seulement dans le cas du vote par correspondance.

Les électeurs votent à bulletin secret pour une liste sans radiation ni adjonction de noms et sans modification.

### **Article 110 – Le dépouillement**

Est nul tout bulletin établi en méconnaissance de l'une de ces conditions.

Dans le cas où le taux de participation, calculé à partir de l'émargement des listes électorales auquel il a été procédé dans l'ensemble des lieux de vote, conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article R. 6144-61 est inférieur au taux fixé en application de l'article L. 6144-4, il n'est pas procédé au dépouillement du scrutin, ni par le bureau de vote, ni, le cas échéant, par les sections de vote qui lui sont rattachées.

Dans le cas contraire, le dépouillement des bulletins est effectué par le bureau de vote et, le cas échéant, les sections de vote dès la clôture du scrutin.

Les votes par correspondance sont dépouillés par le bureau de vote ou, le cas échéant, par les sections de vote, en même temps et dans les mêmes conditions que les votes sur place après qu'il a été procédé à leur recensement dans les conditions fixées aux alinéas suivants.

Pour le recensement des votes par correspondance, la liste électorale est émargée par un membre du bureau au fur et à mesure de l'ouverture des enveloppes extérieures cachetées portant les mentions relatives à l'identification de l'électeur.

L'enveloppe intérieure vierge est déposée sans être ouverte dans l'urne contenant les suffrages des électeurs ayant voté sur place.

Sont mises à part sans donner lieu à émargement :

- 1° Les enveloppes extérieures non acheminées par la poste ;
- 2° Les enveloppes parvenues au bureau de vote ou à la section de vote après le délai fixé à l'article R. 6144-60 ;
- 3° Les enveloppes qui ne comportent pas la signature de l'électeur et son nom, écrit lisiblement ;
- 4° Les enveloppes parvenues en plusieurs exemplaires sous la signature d'un même électeur ;
- 5° Les enveloppes comprenant plusieurs enveloppes intérieures ;
- 6° Les enveloppes émanant d'électeurs ayant pris part au vote sur place.

Les suffrages correspondant à ces enveloppes sont déclarés nuls.

Le bureau de vote procède successivement :

- 1° Au dépouillement du scrutin pour les électeurs inscrits auprès de ce bureau ;

2° Le cas échéant, au récolement des suffrages dépouillés par les sections de vote qui lui sont transmis par celles-ci accompagnés d'un procès-verbal établi dans les conditions prévues à l'article R. 6144-65 ;

3° A la détermination du nombre total de suffrages valablement exprimés obtenus par chaque liste.

Il détermine en outre le quotient électoral en divisant le nombre de suffrages valablement exprimés par le nombre de représentants titulaires à élire dans chaque collège.

Les représentants du personnel sont élus dans chaque collège à la proportionnelle avec répartition des restes à la plus forte moyenne. En cas d'égalité des suffrages obtenus entre deux ou plusieurs listes, le dernier siège est attribué au candidat le plus âgé de ces listes.

### **Article 111 – Les résultats des élections**

Le bureau de vote proclame les résultats.

Un procès-verbal des opérations de recensement et de dépouillement est rédigé par les membres du bureau de vote et, le cas échéant, de chaque section de vote. Dans ce dernier cas, le bureau de vote établit le procès-verbal récapitulatif.

Tous les bulletins et enveloppes déclarés blancs ou nuls et les bulletins contestés doivent être annexés au procès-verbal, après avoir été paraphés ou contresignés par les membres du bureau avec indication, pour chacun, des causes d'annulation et de la décision prise. Ces documents sont conservés par le directeur de l'établissement.

Un exemplaire du procès-verbal est adressé à chaque délégué de liste ainsi qu'au préfet du département et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Les résultats du scrutin sont publiés par voie d'affichage sans délai par le directeur de l'établissement.

Les contestations de la validité des élections sont portées dans un délai de cinq jours à compter de la proclamation des résultats devant le directeur de l'établissement. Celui-ci statue dans les quarante-huit heures par une décision motivée, dont il adresse aussitôt une copie au préfet du département et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Dans les cas prévus au dernier alinéa de l'article L. 6144-4, il est procédé au vote dans un délai qui ne peut être inférieur à six semaines et supérieur à huit semaines à compter soit de la date initialement prévue pour le scrutin lorsque aucune organisation syndicale n'a présenté de liste, soit de la date du premier scrutin lorsque la participation à ce scrutin a été inférieure au taux fixé par décret. Les listes présentées doivent répondre aux conditions fixées par la présente sous-section.

### **§4 – Fonctionnement du CTE**

Chaque comité établit son règlement intérieur.

### **Article 112 – Préparation des réunions**

Les réunions du comité ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité est réuni dans un délai d'un mois.

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

### **Article 113 - Réunions**

Lorsqu'ils ne siègent pas avec voie délibérative en application de l'article R. 6144-48, les membres suppléants peuvent assister aux séances du comité dans la limite d'un représentant par organisation syndicale ou par liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6144-4, sans pouvoir prendre part aux débats ni aux votes.

L'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

### **Article 114 – Les non-membres**

Le président du comité, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Lorsque l'ordre du jour du comité comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité.

Le président du comité, en sa qualité de chef d'établissement, peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.

### **Article 115 – Secrétariat**

Le comité élit parmi les membres titulaires un secrétaire.

Un procès-verbal de chaque séance est établi. Il est signé par le président et le secrétaire et transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante.

Le comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.



### Les vœux et avis du comité

Le comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote.

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

Les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement.

Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

Le comité doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du président à chacun des membres, des suites données à ses avis ou vœux.

### **Article 116 – Règles diverses**

Les séances du comité ne sont pas publiques.

Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard quinze jours avant la date de la séance.

Un congé de formation avec traitement est attribué aux représentants titulaires du personnel au comité technique d'établissement. La durée maximale de ce congé est de cinq jours. Dans les établissements de moins de cinquante agents dans lesquels les représentants du personnel au comité technique d'établissement exercent les missions dévolues aux membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, un congé de formation avec traitement lié à l'exercice de ces deux mandats est attribué aux représentants titulaires du personnel au comité technique d'établissement. La durée maximale de ce congé est de sept jours. Tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de ce congé. Les organismes chargés d'assurer la formation sont soit les organismes figurant sur la liste établie en application de l'article 1er du décret n° 88-676 du 6 mai 1988 relatif à l'attribution du congé pour formation syndicale dans la fonction publique hospitalière, soit les organismes figurant sur la liste mentionnée aux articles R. 4614-26 et R. 4614-27 du code du travail.

Le congé de formation est pris en une ou deux fois à la demande du bénéficiaire.

Les dépenses afférentes à ce congé comprennent notamment les dépenses d'enseignement et d'organisation matérielle des stages ainsi que les frais de déplacement et de séjour des stagiaires. Le montant journalier est fixé par référence par arrêté.

Les dépenses prises en charge par l'établissement au titre de cette formation ne s'imputent pas sur le financement des actions de formation prévues par le décret n° 90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière.

### **Article 117 – Obligations des membres**

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité technique

d'établissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Les membres titulaires et suppléants du comité et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité. Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par la réglementation.

## **Section 9 - Dispositions communes à la CME et au CTE**

### **Article 118 - Délibérations communes**

La CME et le CTE peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leur compétence consultative commune tout en émettant des avis distincts, adoptés à la majorité des suffrages de ses membres.

Cette procédure n'affecte en rien leur composition ou leurs compétences respectives.

Le vote se passe selon les modalités respectives prévues dans le règlement intérieur de la CME et du CTE.

Ces délibérations communes sont soumises à l'obligation de discrétion professionnelle ainsi qu'à l'obligation d'impartialité : c'est-à-dire les avis sont donnés hors de la présence du membre du CTE et de la CME dont la situation est examinée ou toute autre personne ayant avec l'intéressé un lien de parenté ou d'alliance jusqu'au quatrième degré inclus.

### **Article 119 - Le droit d'alerte**

Lorsque la CME et le CTE ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement, ils peuvent, à la majorité des deux tiers des membres de chacune de ces instances, demander au directeur de fournir des explications. La question est alors inscrite de droit à l'ordre du jour de la prochaine séance de la commission et du comité.

Après avoir entendu le directeur, la commission et le comité peuvent confier, à la même majorité qualifiée, à deux de leurs membres respectifs le soin d'établir un rapport conjoint.

Le rapport conclut en émettant un avis sur l'opportunité de saisir de ses conclusions le conseil de surveillance en vue de la mise en œuvre de la procédure d'audit.

Au vu de ce rapport, la CME et le CTE peuvent décider, à la même majorité qualifiée, de procéder à cette saisine.

### **Article 120 - Représentant de chacune des instances**

Un représentant du CTE et un représentant de la CME assistent, avec voix consultative, à chacune des réunions respectives de ces deux instances.

La désignation des représentants procède d'un vote à bulletin secret de chacune des assemblées concernées.

## **Article 121 – Discrétion professionnelle, exclusion en séance**

Les membres de la CME et du CTE sont tenues à une obligation de discrétion professionnelle et à un devoir de réserve, notamment dans le cadre des débats et du nécessaire respect des personnes. Les informations et documents dont ils disposent ne peuvent être communiqués ou transmises à un tiers avec pour effet de porter atteinte à l'établissement ou de nuire à l'un des agents de l'établissement.

Par ailleurs, le président de la CME ou du CTE a la faculté d'exclure de la séance tout membre de l'une de ces instances qui par son attitude ou ses propos empêcherait le bon déroulement de la séance. Le motif de l'exclusion sera rappelé par écrit à l'impétrant par le président de la CME ou du CTE et précisé au compte-rendu.

Il appartient dans ce cas au directeur d'apprécier la suite nécessaire à donner selon la nature du manquement à ces obligations.

## **Section 10 – La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT)**

### **§1 – Organisation de la CSIRMT**

#### **Article 122 - Composition de la CSIRMT**

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques du Centre Hospitalier d'Arcachon se compose de 12 membres titulaires et 12 membres suppléants, conformément à l'article R 6146-12 du Code de la santé publique.

La durée du mandat des membres élus de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est de quatre ans, renouvelable à compter de la date de décision élaborée par le directeur de l'établissement qui fait suite aux élections.

#### **La présidence**

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, rééducateurs et médico-techniques.

#### **Les membres élus**

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 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 sont constitués en 3 collèges :

- collège des cadres de santé : 3 sièges de titulaires et 3 sièges de suppléants
- collège des personnels infirmiers, rééducateurs et médico-techniques : 6 sièges de titulaires et 6 sièges de suppléants
- collège des aides soignants : 3 sièges de titulaires et 3 sièges de suppléants

La CSIRMT est donc composée de 12 membres titulaires et 12 membres suppléants, conformément à l'article R 6146-12 du Code de la santé publique.

#### **Les membres avec voix consultative**

Participent aux séances avec voix consultative :

- Le coordonateur technique et pédagogique de l'institut de formation des aides soignants rattaché au centre hospitalier d'Arcachon
- Un représentant des élèves aides soignants de l'IFAS rattaché au centre hospitalier, nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'IFAS
- Un représentant de la CME, commission médicale d'établissement
- Toute personne qualifiée pouvant être associée aux travaux de la CSIRMT à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres

#### **Invités permanents**

Sont conviés aux différentes réunions de la CSIRMT au titre d'invités permanents :

- Les cadres de santé non élus à la CSIRMT ainsi que les faisant fonction de cadre de santé dans l'établissement,
- Un représentant de chaque profession paramédicale non représentée suite aux élections, désigné par le président de la CSIRMT parmi les candidats inscrits aux élections ayant obtenu le plus grand nombre de voix.

Les invités permanents ne participent pas aux délibérations de la CSIRMT.

#### **Remplacement des membres titulaires au cours d'un mandat**

- Remplacement ponctuel :

En cas d'empêchement de siéger, le titulaire est remplacé par le suppléant. Le titulaire informe la direction des soins et transmet l'ensemble des éléments nécessaires au suppléant pour lui permettre d'assurer pleinement sa mission.

#### **Remplacement définitif**

Lorsqu'un titulaire cesse son mandat par démission ou lorsqu'un membre cesse d'appartenir au collège qu'il représente, celui-ci est remplacé par le suppléant de la liste qui a obtenu le plus grand nombre de voix pour la durée du mandat.

#### **Article 123 – Les attributions de la CSIRMT**

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques **est consultée pour avis** (Art L 6146-9) sur :

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

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques *est informée* sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement.
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L6146-2 portant sur le recrutement de médecins, sages femmes et odontologistes exerçant à titre libéral ainsi que les auxiliaires médicaux.
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

#### **Article 124 – Participation des membres de la CSIRMT dans les Instances ou Commissions de l'établissement**

##### **Le représentant au Conseil de Surveillance (C.S) : décret du 8 avril 2010**

Un représentant de la CSIRMT est élu parmi les candidats, pour la durée de son mandat et sur la base d'un scrutin majoritaire à un tour (scrutin nominal, secret, à la majorité absolue). En cas d'égalité des suffrages, le plus âgé des candidats est élu.

Le représentant de la CSIRMT siège au CS avec voix délibérative.

##### **Le président de la CSIRMT assiste avec voix consultative à la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E)**

##### **Autres commissions**

Le président de la CSIRMT peut désigner en son sein, un membre mandaté pour siéger dans une commission ou un groupe de travail institutionnel

- Commission de formation
- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N)
- Autre si besoin

Le président de la commission des soins infirmiers des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques désigne les participants à ces commissions de l'établissement parmi les candidatures.

#### **Article 125 – Le compte rendu de l'activité de ces représentants**

Les membres représentants de la CSIRMT dans les différentes instances de l'établissement communiquent une synthèse des réunions auxquelles ils ont participé.

#### **Article 126 - Les groupes de travail de la CSIRMT**

Les membres de la commission des soins doivent s'inscrire dans la mise en œuvre et le suivi du projet de soins.

A ce titre ils sont membres actifs d'un ou plusieurs groupes de travail conduits par les cadres pilotes des projets identifiés comme axes prioritaires du projet de soins.

L'ordre du jour de chaque séance de la CSIRMT prévoit un temps réservé à l'expression des groupes de travail.

#### **Article 127 – Le bureau**

Le bureau est présidé par le Directeur des Soins-Coordinateur Général des Soins.

##### **La composition du bureau : 3 membres de la CSIRMT + le président**

Les membres du bureau sont désignés parmi les membres titulaires de la CSIRMT, élus avec le plus grand nombre de voix, à raison de un par collègue.

### **Les missions du bureau**

- Préparer les ordres du jour et se répartir les rôles pour contacter les intervenants extérieurs, ou recueillir les données nécessaires à l'analyse des thématiques mises à l'ordre du jour.

Nb : Le président peut inviter ponctuellement toute personne appartenant ou non à la CSIRMT, susceptible de documenter le bureau sur un sujet particulier traité en séance.

- Etudier les thèmes abordés en Conseil de surveillance et CME qui relèvent des attributions de la CSIRMT.
- Participer au suivi des indicateurs de mise en œuvre du projet de soins.
- Participer à l'élaboration du rapport d'activité de la CSIRMT.

### **Les réunions du Bureau :**

- Le bureau se réunit à minima avant chaque réunion de la CSIRMT, sur convocation du président de la CSIRMT.
- Réunion extraordinaire : le bureau peut être convoqué à la demande de la moitié de ses membres.
- Examens de dossiers : les représentants de la CSIRMT au sein des instances CS et CME, peuvent demander, sous réserve de l'accord du président, que des points inscrits à l'ordre du jour de ces instances puissent être examinés par le bureau, au regard de l'impact institutionnel.

## **§2 - Le fonctionnement de la CSIRMT**

### **Article 128 - Elections de la CSIRMT :**

- 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 par collège, par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.
- Le nombre de siège est déterminé par le règlement intérieur de l'établissement dans la limite de 30 membres élus pour un Centre hospitalier.
- Le nombre de sièges de suppléants est égal au nombre de sièges de titulaires ; il n'y a pas de candidature distincte. La désignation est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voies obtenues.
- La date des élections est fixée par le directeur de l'établissement. Un mois avant, le directeur publie par voie d'affichage, la date retenue, la liste des électeurs et des éligibles, ainsi que le nombre de sièges à pourvoir.
- Le procès verbal des opérations électorales est établi par le directeur de l'établissement et affiché pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur avant l'expiration de ce délai. A l'issue de ce délai, le directeur proclame les résultats du scrutin.

Les membres sont élus pour une période de 4 ans ; ce mandat est renouvelable.

### **Article 129 - Séance d'installation :**

La première réunion est une séance d'installation en présence du directeur de l'établissement et de l'ensemble des membres.

### **Article 130 - Fréquences des réunions de la CSIRMT :**

La CSIRMT se réunit à minima 3 fois par an sur convocation du président.  
Cette convocation est de droit également, sur demande :

- de la moitié au moins de ses membres
- du président du directoire
- du directeur général de l'agence régionale de santé.

### **Article 131 - Ordre du jour et convocation**

L'ordre du jour validé par le président est transmis avec les convocations, au moins 10 jours avant la date de réunion.

### **Article 132- Délibération :**

La commission délibère valablement lorsqu'au moins la moitié des membres élus sont présents. Si le quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de 8 jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de présents.

Le vote à main levée est le mode de vote ordinaire.

Le vote à bulletin secret est utilisé chaque fois qu'il s'agit d'élire une personne ou si au moins un membre de la CSIRMT le demande (sur un thème nécessitant de formuler un avis).

En cas d'égalité, la voix du Président est prépondérante.

### **Article 133 - Procès verbal ou Compte rendu**

Chaque séance de la commission donne lieu à un compte rendu synthétique sous forme de document de deux pages maximum « l'écho de la CSIRMT » ; il est élaboré par le président ou son secrétariat.

Un secrétaire de séance peut être désigné par le président.

L'écho de la CSIRMT est diffusé, par mail, aux membres de la CSIRMT, au conseil de direction, aux chefs de pôle et aux cadres de santé pour affichage, au plus tard dans les 5 jours suivants la réunion.

L'écho de la CSIRMT est mis en ligne sur l'intranet du centre hospitalier, dans le même délai.

### **Article 134 - Rapport d'activité de la CSIRMT**

Un rapport annuel est élaboré par le bureau, validé par le président de la CSIRMT et transmis au président du directoire.

## **Section 11 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)**

### **§1 - Champ d'action du CHSCT**

#### **Article 135 - Compétences**

Le CHSCT a une compétence générale en matière de surveillance de l'hygiène et de la sécurité dans l'établissement, il contribue à la protection physique et mentale du personnel.

Il a un rôle particulier à l'égard de certaines catégories de personnes (femmes enceintes, personnes handicapées, travailleurs des entreprises extérieures mis à la disposition de l'établissement),

Il participe au contrôle (visites), à l'analyse, à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (programme annuel),

Il étudie et participe à l'instruction technique (incidences sur l'organisation du travail, effets sur la santé des personnels) des dossiers touchant aux conditions et à l'organisation du travail, qui sont aussi de la compétence du Comité Technique d'Etablissement,

Il propose des actions de formation dans son domaine de compétence et coopère à leur mise en œuvre et à leur suivi.

## **§2 - Organisation du CHSCT**

### **Article 136 - Composition**

Le Directeur (ou son représentant) préside le CHSCT composé d'une délégation des personnels et de participants à titre consultatif.

La délégation des personnels au CHSCT est composée :

- de quatre représentants titulaires du personnel non médical,
- de quatre représentants suppléants qui ne participent aux réunions et visites qu'en l'absence des titulaires. Tout suppléant peut remplacer n'importe quel titulaire.
- d'un représentant titulaire du personnel médical, désigné par la Commission Médicale d'Etablissement,
- d'un représentant suppléant du personnel médical, désigné par la Commission Médicale d'Etablissement, qui ne participe aux réunions et visites qu'en l'absence du titulaire.

Participent à titre consultatif aux réunions du CHSCT :

- le médecin du travail
- le directeur adjoint chargé des services financiers, économiques et techniques et du développement durable,
- le directeur adjoint chargé des ressources humaines et du système d'information,
- le directeur adjoint chargé des affaires générales, de la certification et de la communication,
- l'ingénieur,
- la coordinatrice générale des soins,
- le cadre hygiéniste,
- la qualitiennne.

L'inspecteur du travail est également convié aux séances du CHSCT ainsi que les agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale.

Le Directeur de l'Etablissement arrête la liste nominative des membres du CHSCT.

Cette liste est affichée dans les locaux affectés au travail.

Elle doit comporter, en outre, les indications relatives à l'emplacement de travail habituel des membres du comité.



Afin d'assurer une bonne information des personnels, la direction de l'établissement diffuse chaque année, en janvier, la mise à jour de cette liste après que chacune des organisations syndicales lui ait communiqué les modifications éventuelles.

### **Article 137 – Invités- experts**

#### Invités

Conformément aux dispositions de l'article L.236.5 dernier alinéa du Code du Travail, le comité peut faire appel à titre consultatif au concours de toute personne de l'établissement qui lui paraîtrait qualifiée.

Ces personnes qualifiées seront invitées en même temps que les membres du comité.

Elles ne peuvent prendre part aux débats qu'à la demande du président. Elles n'ont pas voix délibérative et ne peuvent assister qu'à la partie relative aux questions pour lesquelles elles ont été convoquées, à l'exception des votes éventuels.

#### Experts

Conformément à l'article L 236.9 du Code du Travail, le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail peut faire appel à un expert agréé :

- Lorsqu'un risque grave révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel est constatée dans l'établissement. Cette procédure ne doit être mise en oeuvre que si, en présence d'un risque grave, le comité n'a pas pu trouver dans l'établissement ou hors de celui-ci, auprès des services spécialisés, de solution au problème considéré. Il doit donc s'agir de situations exceptionnelles caractérisées tant par leur gravité que par la nature du risque constaté.

- En cas de projet important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail. L'expertise doit être faite dans le délai d'un mois. Ce délai peut être prolongé pour tenir compte des nécessités de l'expertise. Le délai total ne peut excéder quarante cinq jours.

Dans le cas où le Comité Technique d'Etablissement a recours à un expert à l'occasion d'un projet important d'introduction de nouvelles technologies, le CHSCT doit, s'il souhaite un complément d'expertise sur les conditions de travail, faire appel à cet expert. L'expert est tenu aux obligations du secret et de discrétion tels que définis à l'article L. 236.3 du Code du Travail. Chaque organisation syndicale peut proposer l'invitation d'un expert susceptible d'enrichir les débats.

Les experts sont convoqués par le Président quarante huit heures au moins avant la date retenue pour la séance. Le délai de convocation peut toutefois être réduit dans le cas où la réunion est motivée par l'urgence.

Les experts ne peuvent assister qu'à la partie relative aux questions pour lesquelles ils ont été convoqués, à l'exclusion des votes éventuels.

### **§3 – Fonctionnement du CHSCT**

#### **Article 138 – Moyens**

##### Moyens en matériel et personnel

La direction de l'établissement met à disposition du CHSCT les moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions selon le besoin. Elle communique, notamment, toutes les pièces et documents nécessaires à l'accomplissement des missions du CHSCT.

Des moyens en documentation seront également mis à la disposition des membres du comité en cas de besoin.

Par ailleurs, lors de la fixation du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, les représentants des personnels du CHSCT pourront, pour des propositions précises, solliciter l'attribution d'une enveloppe budgétaire spécifique.

### Crédit d'heures

Le crédit d'heures des membres du CHSCT est fixé conformément à l'article L.236.7 du Code du Travail :

- quinze heures pour chacun des représentants titulaires du personnel au CHSCT.

Le crédit mensuel, globalisé au niveau de chaque section syndicale est réparti, par elle, entre ses divers représentants titulaires, au début de chaque mois.

Cette répartition est communiquée à la direction, ce qui n'exclut pas pour autant les ajustements qui se révéleraient nécessaires à l'exercice du mandat. Chaque fin de mois, la direction est informée, par écrit, de ces ajustements éventuels.

Le crédit d'heures peut être, à titre dérogatoire, reporté d'un mois sur l'autre, notamment pour les personnels de nuit. Les heures prises ne peuvent cependant excéder 30 heures dans le mois.

Ne sont pas imputés dans ce crédit d'heures et donnent lieu à autorisation d'absence :

-le temps des réunions et de leur préparation. (Un délai de route de 30 minutes peut être accordé, si besoin).

-le temps consacré aux enquêtes menées en cas d'accident grave ou d'incidents répétés révélant un risque grave, ou consacrées à la recherche préventive dans toute situation d'urgence ou de gravité.

### Libre circulation

Les représentants du personnel titulaires du CHSCT peuvent, dans le cadre des crédits d'heures dont ils disposent se déplacer librement dans l'établissement et y prendre tous les contacts nécessaires à l'accomplissement de leur mission, notamment auprès d'un agent à son poste de travail, sous réserve qu'ils ne gênent pas le fonctionnement du service.

## **Article 139 – Réunions**

### Périodicité

Le CHSCT se réunit au minimum une fois par trimestre sur la convocation du Président mais aussi chaque fois que les circonstances l'exigent, soit à l'initiative du Président, soit à la demande motivée d'au moins trois membres titulaires des représentants du personnel non médical.

Le CHSCT doit être réuni dans les délais les plus brefs en cas d'urgence et dans les 24 heures en cas d'application de la procédure fixée à l'article 5.7 alinéa 2 du décret n° 82.453 du 28 mai 1982.

### Convocations

Sauf lorsque la réunion est motivée par l'urgence telle que définie à l'article précédent, les convocations, l'ordre du jour, ainsi que dans toute la mesure du possible, les documents qui s'y rapportent, sont envoyés aux membres du CHSCT au moins 15 jours avant la tenue de la réunion.

La convocation ne vaut pas autorisation d'absence. Cette dernière doit être sollicitée par chaque représentant du personnel non médical dans les formes hiérarchiques habituelles, sur le support adéquat. Tout refus de cette autorisation d'absence doit être motivé, essentiellement pour raison de service.

Les chefs de pôle et les cadres des unités sont informés, dans les meilleurs délais, de la tenue des réunions du CHSCT.

### Secrétariat

Le (la) secrétaire est élu(e) pour la durée du mandat lié aux élections professionnelles.

Le (la) secrétaire est désigné(e) par la voie de l'élection, au sein du CHSCT, au scrutin majoritaire à deux tours. Seul peut être élu un représentant du personnel non médical. Au premier tour la majorité absolue est exigée ; au second tour la majorité relative suffit. En cas de partage des voix, le poste de secrétaire revient au plus âgé des candidats.

En cas d'absence, le secrétaire délègue ses fonctions à un représentant du personnel non médical, titulaire ou suppléant, du CHSCT et en informe le Président.

Par dérogation à la réglementation et après entente entre les organisations syndicales représentatives, le secrétariat est assuré par alternance pour une durée d'un an.

### Ordre du jour

Un mois avant la séance, les partenaires sociaux, le médecin du travail et les directions fonctionnelles font parvenir au secrétaire la liste des points qu'ils souhaitent voir aborder. Ces points doivent être accompagnés d'un court exposé les explicitant (fiche projet).

Le Directeur ou son représentant arrête l'ordre du jour définitif en accord avec le secrétaire. Il accordera une attention toute particulière à ce que les points demandés par les organisations syndicales soient mis à l'ordre du jour.

### Séance

Les réunions du CHSCT sont des réunions au cours desquelles les principes de courtoisie et de respect mutuel doivent être respectés. Ne sont abordées que les points fixés dans l'ordre du jour.

Les membres du CHSCT ne peuvent prendre part au débat qu'à la demande du Président.

Le Président peut, de sa propre initiative, provoquer une suspension de séance. A la demande de la moitié des membres présents ayant voix délibérative, le Président doit accorder une suspension de séance. Dans tous les cas, cette suspension ne peut excéder trente minutes.

Les documents utiles à l'information du comité, autres que ceux transmis avec la convocation, peuvent être lus ou distribués pendant la séance à la demande d'un des membres ayant voix délibérative. Ces documents sont alors considérés comme une information. S'ils nécessitaient un vote ou une approbation, les sujets dont ils traitent devraient être inscrits à l'ordre du jour de la séance suivante.

Tout membre présent ayant voix délibérative peut demander qu'il soit proposé un vote sur les propositions de la direction ou les propositions émanant d'un ou des représentants des personnels tant médicaux que non médicaux.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée sauf si une personne ayant voix délibérative demande le vote à bulletin secret.

Les avis du comité sont adoptés à la majorité des membres présents ayant voix délibérative.

Le CHSCT peut demander la création d'un groupe de travail sur un point relevant de sa compétence et évoqué en séance.

Après épuisement de l'ordre du jour, le Président clôt la séance.

### Procès verbal

Le procès-verbal est rédigé à partir des notes prises en séance. Le document ainsi réalisé est ensuite soumis au Président et au secrétaire pour corrections éventuelles avant d'être mis en forme définitive et signature.

Le procès-verbal dans sa forme définitive est envoyé dans les meilleurs délais à chacun des membres du CHSCT.

Le procès-verbal est soumis à l'approbation lors de la séance suivante. Ce procès-verbal ne peut, bien entendu, enfreindre les obligations de discrétion professionnelle auxquelles sont tenus les membres du comité, ni faire état d'informations mettant en cause nominativement des personnes, ni contenir ni inexactitudes ni propos injurieux ni allégations diffamatoires.

A l'occasion de l'examen du procès-verbal, le Président peut donner tout complément d'information sur les points évoqués.

Le procès-verbal approuvé est diffusé auprès de chaque pôle ou service. Cependant les procès-verbaux de visite ne sont transmis qu'au service concerné.

Chacune des unités dispose d'un classeur pour le rangement des procès-verbaux.

Ce classeur doit être tenu en permanence à la disposition des personnels.

## **Article 140 – Visites**

### Planification et calendrier

Sur proposition des représentants du personnel non médical, le planning des visites à réaliser éventuellement est arrêté à chaque séance du CHSCT pour le trimestre à venir.

Le secrétariat de direction s'assure sans délai auprès des unités concernées que les dates retenues ne présentent pas de difficultés. Si ce devait être le cas, il en informerait aussitôt le secrétaire du CHSCT pour que celui-ci fasse de nouvelles propositions.

#### Information des services à visiter

Quinze jours avant la date prévue pour la visite, le Président et le secrétaire adressent conjointement une notification écrite au responsable de l'unité et aux membres de la délégation.

Cette notification vaut convocation pour les représentants du personnel non médical. Comme il est précisé à l'article 10.2, elle ne vaut pas autorisation d'absence. Cette dernière doit être sollicitée dans la forme indiquée à ce même article 10.2.

#### Composition de la délégation

La délégation se compose :

- de représentants du personnel non médical au CHSCT (titulaires ou suppléants en cas d'absence du titulaire)
- du représentant du corps médical au CHSCT (titulaire ou suppléant)
- du médecin du travail
- d'un membre de la Direction ou d'un représentant désigné par celle-ci
- de l'ingénieur.

#### Dispositions propres à la visite

Dans toute la mesure du possible, chaque membre de la délégation dispose au moment de la visite des plans de la structure concernée.

Au terme de la visite, les membres de la délégation se réservent un temps de mise en commun des observations essentielles sur l'hygiène, la sécurité, les conditions de travail.

#### Compte rendu de la visite

Le compte-rendu de la visite est rédigé par les représentants du personnel. Il est diffusé par le secrétariat de direction auprès de chacun des membres du CHSCT et présenté en séance par un des représentants du personnel.

Après examen en séance de CHSCT, le compte-rendu de la visite est complété et adressé au service concerné. Pour les services de soins, ce compte-rendu est adressé au chef de Pôle, au responsable de structure et à la coordinatrice générale des Soins.

La première séance annuelle du CHSCT est réservée au bilan des actions réalisées à la suite des observations formulées lors de l'examen des comptes-rendus des visites effectuées l'année précédente (d'octobre à octobre).

### **Article 141 – Rôle du CHSCT en cas de danger grave et imminent**

Si un membre du CHSCT constate qu'il existe dans un service une cause de danger grave et imminent, il doit en aviser immédiatement la direction de l'établissement. Le signalement

peut être exprimé verbalement. Il doit ensuite être consigné par écrit dans le registre prévu à cet effet qui se trouve au secrétariat de direction. Le directeur ou son représentant est alors tenu de procéder à une enquête avec un membre du CHSCT et de prendre les dispositions nécessaires pour y remédier. Une délégation du CHSCT peut être constituée pour procéder à cette enquête.

En cas de divergence sur la réalité du danger ou sur la façon de le faire cesser, le CHSCT devra être réuni d'urgence et au plus tard dans les 24 heures. En outre, la direction devra informer immédiatement l'inspecteur du travail et l'agent du service de prévention de la CARSAT, lesquels peuvent assister à la réunion du CHSCT.

La circulaire de la direction générale du travail du 25 mars 1993 précise qu'un danger grave est « un danger susceptible de produire un accident ou une maladie entraînant la mort ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou temporaire prolongée ». La gravité a donc des conséquences définitives ou en tout cas longues à effacer et importantes, au-delà d'un simple inconfort.

De même, est « imminent, tout danger susceptible de se réaliser brutalement dans un délai rapproché ». L'imminence du danger suppose qu'il ne se soit pas encore réalisé mais qu'il soit susceptible de se concrétiser dans un bref délai.

### **Article 142 - Rôle du CHSCT en cas d'accident ayant eu ou qui aurait pu avoir des conséquences graves**

Dès qu'elle a connaissance d'un accident ayant eu ou qui aurait pu avoir des conséquences graves, la direction de l'établissement informe verbalement le plus rapidement possible au moins l'un des membres du CHSCT. Elle confirme cette information par écrit au secrétaire du CHSCT.

### **Article 143 - Formation**

Les membres du CHSCT 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.

Les représentants du personnel gardent pour leur part la possibilité de recourir à un organisme de formation habilité de leur choix.

Les membres du CHSCT qui veulent se prévaloir du droit à congé de formation en font la demande au directeur de l'établissement, sous couvert du cadre de l'unité. Cette demande doit préciser la date, la durée, le prix, le nom de l'organisme qui sera chargé de l'assurer.

La demande de congé doit être présentée au moins 30 jours avant le début du stage.

Si les nécessités du service l'imposent, le congé peut être refusé après avis de la Commission Administrative Paritaire compétente siégeant en formation plénière.

La décision du refus doit être motivée.

La durée du congé est de 5 jours. Il peut être pris en deux fois après accord du bénéficiaire et du directeur.

Si le bénéficiaire du congé doit interrompre sa formation, notamment pour raisons médicales ou cas de force majeure, il peut être autorisé à la reprendre ultérieurement prioritairement.

### **Article 144 - Dispositions diverses**

### Réunion avec le CLIN

Compte tenu de l'intérêt que peuvent revêtir les liaisons du CHSCT avec le CLIN, le premier pourra proposer au second une réunion annuelle commune, sur un ordre du jour déterminé. Le CHSCT déterminera, dans le même temps, la composition de sa délégation qui ne devra pas dépasser en tout état de cause quatre personnes.

### Relation avec le CTE

Les avis du CHSCT peuvent être communiqués au CTE. Une information annuelle sera faite au personnel sur les missions de chacune de ces entités.

## **CHAPITRE 2**

### ***Dispositions relatives aux patients et personnels hospitaliers***



## **Section 1 – Dispositions préliminaires**

### **Article 145 - Organisation des soins**

#### Accès aux soins

Toute personne a droit à l'accès, à la prévention et aux soins.

#### Personnel médical et continuité du service

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical, dans toutes les disciplines, ainsi que les personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques, assurent :

- les services quotidiens du matin et de l'après-midi des jours ouvrables (examens et soins des malades hospitalisés, services de soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et produits visés à l'article L. 4211-1 CSP) ;
- la participation au service des dimanches et jours fériés, au service des gardes de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés.
- 

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

#### Gardes médicales et pharmaceutiques

Le service de garde médicale a pour objet d'assurer pendant chaque nuit et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou, le cas échéant admis en urgence, et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

La garde est organisée sous forme de permanence sur place ou 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 vingt-quatre heures. Ces durées ne peuvent en aucun cas avoir une amplitude supérieure à quatorze heures.

Chaque chef de service ou responsable de structure interne établit en relation avec le responsable de pôle un tableau général de service précisant l'horaire hebdomadaire normal des différentes activités de soins ainsi que les horaires du service de permanence. Ce tableau est arrêté annuellement par le directeur. Le tableau général de service permet de définir l'organisation annuelle prévisionnelle des activités médicales, médico-techniques et pharmaceutiques. Il se décline mensuellement en tableaux de service nominatifs. Ces tableaux mensuels doivent être communiqués au directeur avant le 20 du mois précédent. Toute demande de modification doit être faite auprès du directeur au moins 48 heures à l'avance, en apportant une correction nominative. La diffusion dans l'ensemble de l'établissement est assurée après visa du directeur par le secrétariat général selon une périodicité mensuelle ou hebdomadaire.

#### Visite médicale quotidienne

Une visite médicale a lieu chaque matin. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant le déjeuner des malades. Le chef de service ou responsable de structure interne organise une contre-visite.

Elle est assurée par le chef de service, le responsable de structure ou l'un de ses collaborateurs.

#### Coordination des soins dispensés aux malades

L'ensemble des professionnels hospitaliers est chargé de la prise en charge des patients. Ils procèdent, à cet égard, à la dispensation des soins. Par ailleurs, ils doivent assurer un devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

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

#### Le département d'information médicale

Le département d'information médicale est un service chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Le département d'information médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers.

Tout médecin est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. La saisie des actes médicaux relève des obligations professionnelles de chaque praticien.

### **Article 146 - La sécurité générale**

#### Opposabilité des règles de sécurité

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

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

#### Accès à l'hôpital

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

Les conditions matérielles de l'accès de ces 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 ces catégories est subordonné à l'autorisation du directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein de l'établissement n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie de l'hôpital.

De même pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les

limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles.

Il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Ils sont alors remis aux autorités de police, contre récépissé.

#### *Calm et tranquillité au sein de l'établissement*

Tout accompagnant, visiteur, ou personne ne requérant pas des soins hospitaliers, qui, le cas échéant, en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'établissement, est invité à mettre un terme à ce trouble.

S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'hôpital. En situation de trouble manifeste ou d'agissement portant atteinte à l'intégrité des personnes et des biens, le directeur ou son représentant dans le cadre des gardes de direction peut solliciter le recours aux forces de l'ordre.

#### *Règles de responsabilité*

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

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

L'établissement assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel. Le directeur porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital.

#### *Interdiction de fumer*

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux clos et couverts à usage de l'hôpital.

Cette interdiction s'applique aussi bien aux professionnels médicaux que paramédicaux qu'aux personnels administratifs et techniques. Elle s'étend aux personnes hébergées, aux résidents et à leur entourage ainsi qu'à toute personne se trouvant au sein de l'établissement.

Le non respect de cette interdiction expose son auteur aux sanctions prévues à l'article R. 3512-1 CSP.

Lors de leur admission, les futurs hébergés ou résidents doivent être informés de ces règles par tous moyens.

Les personnels de l'établissement pour des raisons relevant des missions d'éducation des patients doivent s'abstenir de fumer aux abords de l'établissement en tenue professionnelle.

### Matériels de sécurité générale

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéo surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances représentatives.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel. Il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission nationale de l'information et des libertés.

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéo surveillance doivent observer les dispositions législatives.

### Rapports avec l'autorité judiciaire

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

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

### Rapports avec les autorités de police

Seul le directeur de l'hôpital a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police.

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

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur de l'hôpital doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

### Circonstances exceptionnelles

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

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

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules.

Il veille à la mise en œuvre de toutes dispositions requise par le Plan Vigipirate selon ses gradations. L'ensemble des instructions données par le directeur pour l'application du Plan Vigipirate s'impose pour la totalité des personnels. Les mesures de sécurité s'appliquant aux patients, visiteurs, accompagnants, fournisseurs, prestataires de toute nature doivent être clairement expliquées afin que ceux-ci puissent s'y conformer sans restriction.

Le directeur nomme un responsable délégué pour les mesures préventives à déterminer dans le cadre du Plan Vigipirate. L'attention des personnels de l'établissement concerne tous les comportements ou objets suspects, le contrôle des accès, la vigilance en matière de réception de lettres et colis, le contrôle des livraisons et des réceptions alimentaires, la surveillance particulière des locaux sensibles (pharmacie, stérilisation, bloc opératoire, maternité, laboratoires, unité centrale de restauration notamment). Les accès non autorisés et les issues de secours doivent être maintenus fermés.

En cas de péril grave et imminent pour l'établissement, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur peut en outre à défaut de consentement de l'intéressé, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'hôpital, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

#### Recherche de la maîtrise des risques

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des malades et des personnels fréquentant l'hôpital.

#### Menace sanitaire grave

En cas d'afflux massif de patients ou de victimes, le dispositif plan blanc peut être déclenché par le directeur ou son représentant, conformément aux dispositifs des articles L. 3110-7 à L. 3110-10 du CSP.

### **Article 147 - La circulation et le stationnement automobile**

#### Voirie hospitalière

Les voies de circulation et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'hôpital constituent des dépendances du domaine public, que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

Ces voiries dessertes et les parcs automobiles, ouverts seulement au personnel et aux usagers de l'hôpital, ne peuvent être regardés comme des voiries ouvertes à la circulation publique et échappent donc à la compétence des autorités chargées de la police de la circulation.

En cas de vol, de dommage ou d'accident, les règles et procédures générales de la responsabilité et de l'indemnisation s'appliquent au sein de l'hôpital.

#### Règles de compétence

Le plan général de circulation est fixé par le directeur de l'établissement. Dans le cadre et sous réserve des dispositions législatives ne limitant pas leur champ d'application aux voies ouvertes à la circulation publique, le directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des malades et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraison, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police, des services de secours).

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (notamment les camions, camping-cars et caravanes).

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

### Signalisation et sanctions

Toutes les dispositions prises en application des règles de compétence doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer.

Leur attention doit être appelée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'hôpital, notamment en cas de vol ou de dommages.

Leur attention doit aussi être appelée sur le fait qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peut entraîner un retrait des autorisations accordées, qu'un stationnement gênant peut, s'il compromet le fonctionnement du service public hospitalier, entraîner un déplacement d'office du véhicule, qu'un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut non seulement entraîner de graves dégâts au véhicule, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à leur encontre, et qu'un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière dans les conditions prévues par la loi.

La demande de mise en fourrière peut résulter d'un stationnement d'un véhicule sur un emplacement réservé aux personnes handicapées, véhicule dont le conducteur ou l'occupant n'est pas une personne handicapée.

## **Section 2 - Admission et consultation**

### **§1 - Dispositions générales**

#### **Article 148 - Compétence**

##### Compétence du directeur en matière d'admission

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

Le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

Si le malade n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de donner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

#### **Article 149 - Admissions**

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

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de l'hôpital, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Ce certificat peut être établi par le médecin traitant du patient ou par un praticien hospitalier du service de consultation. Il peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans toutefois mentionner le diagnostic de l'affection. Il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin du service hospitalier et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

#### Admission programmée

Convocation est remise ou adressée au malade, après avis du chef de service ou du responsable de la structure.

Afin d'organiser sa pré-admission, le malade est invité à se rendre au service des admissions-recettes de l'hôpital où lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui sont nécessaires le jour de son admission.

#### Admission directe dans le service

En cas d'urgence ou lorsque l'état clinique le justifie, le malade est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge.

Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

#### Admission suite à un transfert

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'hôpital constate que l'état du malade ou du blessé requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein de l'hôpital ou nécessitant des moyens dont l'hôpital ne dispose pas, le directeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plutôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'admission dans cet établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ou du responsable de la structure ayant en charge le malade et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du malade dans un établissement adapté à son état de santé.

Sauf cas d'urgence, le malade doit être informé préalablement à son transfert provisoire ou son transfert définitif dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement.

Le transfert est notifié à la personne à prévenir que le patient aura désignée lors de son admission.

#### Pièces à fournir au moment de l'admission

Quel que soit le mode d'admission du malade, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

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

Si le malade ne peut présenter sa carte d'assuré social ou justifier de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée le cas échéant à l'organisme d'assurance maladie dont il relève.

Il peut être demandé sa carte nationale d'identité à des fins d'identitovigilance.

Si le malade n'est pas assuré social, et sous réserve du droit d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies, il doit verser à la Trésorerie Hospitalière, avant son admission, une provision correspondant au montant prévisionnel de ces frais de séjour.

#### Régimes d'hospitalisation

L'établissement comporte deux régimes d'hospitalisation, le régime commun et le régime particulier lequel comprend des chambres à un lit.

Le régime commun est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat et aux bénéficiaires des soins dispensés au titre de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Lorsque l'état d'un malade requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

#### Constitution du dossier médical du patient

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé.

Il contient les éléments énumérés à l'article R. 1112-2 du CSP ainsi que l'identification du patient et, le cas échéant, celle de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir.

Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'hôpital. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du malade.

Chaque pièce du dossier doit être datée et comporter l'identité du patient ainsi que l'identité du professionnel de santé ayant recueilli ou produit les informations.

Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication de la personne exerçant l'autorité parentale et, plus particulièrement, le droit de garde. Dans tous les cas, cette personne doit être, dans les meilleurs délais, tenue informée de l'admission

#### Désignation de la personne de confiance

Dès son admission, le patient peut également désigner une personne de confiance, qui peut être distincte de la personne à prévenir dans la mesure où elle est choisie par un patient majeur selon des critères spécifiques.

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. 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.

Cette désignation est facultative. Elle doit être faite par écrit et figure dans le dossier médical du patient. Elle est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. Elle est révocable à tout moment par écrit. Il suffit que le patient avertisse le personnel hospitalier et désigne, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

La personne désignée peut toujours refuser d'être la personne de confiance du patient. Elle ne dispose pas d'un droit d'accès direct au dossier médical du patient.

### **Article 150 - Information des familles des malades ou blessés hospitalisés en urgence**

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par l'hôpital.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation.

En cas de transfert dans un autre hôpital ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels. En cas de décès, l'information des familles est assurée conformément aux dispositions du présent règlement intérieur relatives au décès.

### **Article 151 – Refus des soins**

#### *Refus des soins sans urgence médicale*

Lorsqu'un malade n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par le directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable, dans la mesure du possible, faite au malade.

La sortie est prononcée après la signature par le malade d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal est dressé. Il est contresigné par l'accompagnateur ou, à défaut, par un témoin qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications du personnel soignant. Ce témoin peut-être un agent de l'hôpital.

#### *Refus des soins avec urgence médicale*

En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du malade, le médecin responsable s'assure que le refus du malade procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance des risques qu'il encourt. En cas de refus persistant, il prend les décisions qu'il estime nécessaire pour le malade compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger et de la connaissance qu'il a du refus du malade d'accepter les soins. Il en informe immédiatement le directeur.

### **Article 152 – Dépôts**

#### *Dépôt des biens et valeurs*

Dès sa pré-admission à l'hôpital et au plus tard lors de son admission, le malade ou ses représentants légaux est informé oralement et par une note écrite du régime de responsabilité

de l'hôpital en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été déposé au non.

La note indique aussi le sort réservé aux objets non réclamés ou abandonnés. Le malade certifie avoir reçu l'information.

Un accusé de réception de ces informations est versé au dossier administratif du malade.

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

Il est remis au malade un reçu, inventaire des objets déposé entre les mains du régisseur et des objets. Un second exemplaire de ce reçu est versé dans le dossier administratif du malade.

#### *Inventaire à l'admission en urgence*

Dans les cas où le malade est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans le service ou l'unité d'accueil, le cas échéant aux urgences, puis signé sans délai par un agent de l'hôpital habilité à le faire et par l'accompagnant ou, à défaut, un témoin.

L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du malade.

Tous les objets détenus par le malade sont remis à un agent spécialement habilité par le directeur pour être le dépositaire de ces objets. Ces derniers sont inscrits sur le registre des dépôts.

Dès que son état le permet, le malade reçoit le reçu des objets mis en dépôt.

Il lui est également remis une note d'information ayant pour objet :

- de lui donner connaissance des dispositions relatives au régime des objets déposés ;
- de l'informer de la liste des objets qu'il est autorisé à conserver, sous la responsabilité de l'hôpital, à raison de leur faible valeur et de leur utilité pendant le séjour hospitalier ;
- de l'informer des conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés.

Il est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme utiles à son hospitalisation et à les faire retourner à son domicile. Les objets conservés seront soumis aux règles de dépôt d'argent et objets de valeurs prévus dans le présent règlement.

### **Article 153 - Le choix du malade**

#### *Principe du libre choix du malade*

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

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

### **Article 154 - Consultation et activité libérale**

### Consultations externes

L'hôpital dispose de service de consultations et de soins pour malades externes. La liste et la localisation de ces services sont indiquées à l'entrée de l'hôpital.

Le directeur établit et tient à jour, en accord avec les chefs de service et des responsables des structures concernés, un tableau qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, les noms et qualités des praticiens, les jours et heures des consultations.

Il s'assure que les médecins exerçant au sein de l'hôpital veillent personnellement au respect de ce tableau ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants.

Il met en œuvre les mesures d'organisation matérielle permettant le bon fonctionnement de ces consultations.

### Principe d'organisation de l'activité libérale

Dès lors que l'intérêt du service hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale dans les conditions définies aux articles L. 6154-1 et suivants du CSP.

Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques.

### Commission d'activité libérale

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 général de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, 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 communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission comprend :

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

La commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

Lorsque, par application de l'article L. 6154-6, la commission est consultée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur la suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercer d'un praticien ou qu'elle décide de se saisir du cas d'un praticien, son président désigne, parmi les membres de la commission, un rapporteur chargé d'instruire le dossier.

Le praticien peut prendre connaissance des pièces de son dossier trente jours au moins avant la réunion de la commission. Il peut demander à être entendu par celle-ci ou présenter des observations écrites et se faire assister par un ou des défenseurs.

Si l'un des praticiens membres de la commission est en cause, il ne peut siéger pour l'examen de son cas. La commission médicale d'établissement ou, le cas échéant, la commission médicale d'établissement locale lui désigne un remplaçant pour la durée de la procédure.

La commission arrête sa proposition ou son avis à la majorité de ses membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Les avis et propositions de la commission sont motivés.

Lorsqu'elle a été saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, la commission rend son avis deux mois au plus tard après cette saisine ; passé ce délai, cet avis est réputé rendu.

La durée de la suspension de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale prévue par l'article L. 6154-6 ne peut excéder deux ans. La décision de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale est notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé au praticien concerné ainsi qu'au directeur de l'établissement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

## **§2 – Dispositions spécifiques**

### **Article 155 - Les femmes enceintes**

#### *Admission en maternité*

Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le directeur ne peut refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement ;
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

En l'absence de lit disponible au sein de l'hôpital, le directeur organise cette admission dans un autre établissement de santé assurant le service public hospitalier et pourvu d'un service de maternité.

#### Secret de la grossesse ou de la naissance

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission dans les conditions prévues par l'article L. 222-6 du code de l'aide sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête.

Le directeur doit informer de cette admission le directeur du service départemental des affaires sanitaires et sociales.

#### Admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Les IVG sont pratiquées au sein de l'hôpital, conformément aux dispositions de la loi du 17 janvier 1975 et de ses textes d'application.

Si la patiente est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes exerçant l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis. Ce consentement doit être accompagné de celui de la mineure célibataire enceinte, exprimé en dehors de la présence des parents ou du représentant légal.

Le dossier d'accouchement doit dans ce cas comporter une autorisation de pratiquer l'intervention et les actes qui y sont liés.

L'article L. 2223-2 du CSP réprime le délit d'entrave à l'IVG en instituant des sanctions pénales à l'encontre de tout manifestant qui empêche ou tente d'empêcher une IVG ou les actes ou soins qui lui sont préalables :

- soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès à l'hôpital, la libre circulation des personnes à l'intérieur de l'hôpital ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;
- soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant au sein de l'hôpital, des femmes venues y subir une IVG, ou de l'entourage de ces dernières.

Lorsque cette infraction est commise, le directeur est tenu de porter plainte contre son ou ses auteurs pour délit d'entrave.

#### Déclaration de naissance

La déclaration de la naissance d'un enfant au sein de l'hôpital est effectuée par l'agent de l'hôpital chargé de l'état civil, suivant les dispositions du code civil.

Un document déclaratif est établi à cet effet par le directeur ou par un directeur adjoint sur les indications données par la mère de l'enfant nouveau-né.

Un exemplaire de ce document est porté par un agent de l'hôpital à la mairie.

Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par l'hôpital.

## **Article 156 - Les militaires et les victimes de guerre**

### Admission des militaires

Les militaires de carrière et les appelés du contingent, malades ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein de l'hôpital, sauf en cas d'urgence et pour une durée limitée à 48 heures, ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire.

### Admission des militaires en urgence.

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission aux autorités militaires ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées ou le centre hospitalier mixte le plus proche.

### Hospitalisation des militaires

En cas d'hospitalisation :

- les frais de séjour des appelés du contingent, y compris le forfait journalier, sont pris en charge par le ministre chargé de la défense nationale. Leur admission doit être signalée aux autorités militaires ;
- les frais de séjour des militaires de carrière sont pris en charge par la Caisse nationale militaire de Sécurité sociale.

### Admission des bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre

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

## **Article 157 - Les détenus et les personnes gardées à vue**

### Admission des personnes gardées à vue

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

### Surveillance des personnes gardées à vue

Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarme qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du procureur de la République ou du juge d'instruction.

### Admission des détenus

L'admission des détenus malades ou blessés est prononcée dans les mêmes conditions que celles des malades relevant du droit commun.

Ces malades ou blessés, qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé, pour en raison de leur état de santé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du ministre de la justice et à la diligence du préfet, admis soit le service spécialement aménagé, soit dans une chambre ou un local où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle.

Le dossier médical des détenus est placé sous la responsabilité exclusive de l'hôpital.

#### Surveillance des détenus

Les mesures de surveillance et de garde des détenus incombent exclusivement aux personnels de police ou de gendarmerie et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de la police.

Si l'hôpital a un service de sécurité, en aucun cas, ce dernier ne doit être amené à participer.

Tout incident grave doit être signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D. 280 du code de procédure pénale.

### **Article 158 - Les mineurs et les majeurs protégés**

#### Admission des malades mineurs

L'admission d'un mineur ne peut pas être prononcée, sauf cas d'urgence, sans l'autorisation des père et mère, du tuteur ou de l'autorité judiciaire.

Toutefois, l'admission d'un mineur que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcé à la demande du directeur de l'établissement ou celle du gardien.

#### Admission des malades mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance

L'admission d'un mineur relevant de l'aide sociale à l'enfance est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, même dans ce cas, lorsque ces derniers ne peuvent être joints en temps utile, le service d'aide à l'enfance demande l'admission.

Lorsque le malade relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur de l'hôpital adresse sous pli cacheté, dans les quarante-huit heures de l'admission, au directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance le certificat confidentiel du médecin chef de service ou de département indiquant le diagnostic et la durée probatoire de l'hospitalisation.

#### Consultations pour les mineurs non accompagnés

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée, s'il est déjà suivi ou si le rendez-vous a été pris par ses parents ou par son tuteur.

#### Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur les mineurs ou les majeurs protégés

Si, lors de l'admission d'un mineur ou d'un majeur protégé, il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou représentant légal en raison de leur éloignement ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent dès l'admission du mineur ou du majeur protégé, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans les cas où les père, mère ou représentant légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence.

#### Interventions médicales et chirurgicales d'urgence sur des mineurs et des majeurs protégés

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre la personne investie du droit de garde, le médecin peut procéder aux soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans la mesure du possible.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

#### Garde et protection des mineurs

L'hôpital, lorsqu'un enfant lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, est investi du droit de garde de l'enfant et en particulier d'un devoir de surveillance adapté à son état de mineur. Il est tenu en cette qualité de prendre en charge les besoins de l'enfant, notamment au plan psychologique, et de provoquer les mesures de protection appropriées, lorsqu'elles s'imposent.

#### Gestion des biens des incapables majeurs

Les biens des majeurs incapables hospitalisés à l'hôpital sont administrés dans les conditions prévues par les articles 489 et suivants du code civil et par les décrets 69-195 et 69-196 du 15 février 1969.

### **Article 159 - Les malades étrangers et les malades amenés par la police**



### Admission des malades étrangers

Les étrangers sont admis dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

En cas d'urgence constatée, l'admission d'un malade étranger non résident en France est de droit, quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative.

Hors cas d'urgence, l'admission d'un malade étranger est subordonnée à la délivrance d'un justificatif de prise en charge. S'ils ne peuvent fournir ce justificatif, ils doivent verser une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation.

Les étrangers ressortissants d'un Etat membre de la Communauté Economique Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

### Malades amenés par la police

Lorsque le malade est amené par les autorités de police et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe à l'hôpital de faire connaître aux dites autorités que le malade est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire de ces dites autorités, conformément aux dispositions du présent règlement relatives à l'information des familles des malades ou blessés hospitalisés en urgence.

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale. Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du malade ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus, par la personne concernée, de son hospitalisation est délivré par le médecin de garde aux policiers et aux gendarmes.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent à l'hôpital, en dehors de toute réquisition, un sujet en état apparent d'ivresse, ce dernier doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée à l'hôpital. Une attestation signée du médecin ayant examiné le malade et indiquant que l'admission n'est pas nécessaire est alors délivrée à ces services.

Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure prévue par le règlement sur le refus de soin.

## **Section 3 – Conditions de séjour**

### **Article 160 – Règles générales d'accueil**

#### L'accueil des patients

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir en consultation comme en hospitalisation, tous les malades dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

Le personnel de l'hôpital est formé à l'accueil des malades et de leurs accompagnants. Il donne aux malades et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

#### Livret d'accueil

Il est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein de l'hôpital un livret d'accueil, conforme au modèle type arrêté par le ministère de la santé, qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. La charte du patient est jointe à ce livret ainsi qu'un questionnaire où le malade peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut déposer à sa sortie.

Ce livret mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande, ainsi que les noms et coordonnées des représentants des usagers.

Le site internet de l'établissement permet également d'accéder aux informations et renseignements utiles aux patients et à leur famille. Ce site doit respecter les règles définies par la réglementation en vigueur. Il ne peut être à l'origine de la constitution de fichiers nominatifs de patients, ni de toute personne consultant le site.

## **Article 161 – Information du patient**

### Information médicale

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein de l'hôpital doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens de l'hôpital assurent l'information des malades, qui doit être appropriée, accessible et loyale. Les personnels paramédicaux participent à cette information, dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Les malades sont associés aux choix thérapeutiques qui les concernent.

Ils sont informés préalablement de la nature, des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner.

### Traitements informatiques

A l'occasion de l'admission et du séjour du malade au sein de l'hôpital, des informations nominatives le concernant, d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Elles font l'objet pour la majorité de traitements par des moyens informatiques. Ces traitements informatisés sont mis en œuvre par les différents services hospitaliers.

L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Les personnels en assurent la stricte confidentialité.

Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a pour but de veiller au respect de ces principes. Elle prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par le malade, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans le traitement informatique.

Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données nominatives doit être déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés, avant qu'il ne soit mis en exploitation.

## **Article 162 – Consentement du patient**

### Consentement

Aucun acte ou traitement médical ne peut être entrepris sans que le malade en ait été préalablement et précisément informé et ait donné son consentement libre et éclairé.

### Exception au consentement

En cas d'urgence mettant en jeu la vie du malade ou d'impossibilité de recueillir le consentement libre et éclairé de ce dernier, les médecins dispensent les soins qu'ils estiment nécessaires, dans le respect de la vie et de la personne humaine. Ils en tiennent informés, dès que possible, les proches, la famille du malade ou la personne de confiance.

## **Article 163 – Information des proches**

### Relations avec la famille

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

En l'absence d'opposition du malade, les indications d'ordre médical ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions prévues par le Code de déontologie médicale. De même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille.

### Mineurs présentés en urgence

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des mineurs hospitalisés en urgence soit prévenue par les soins de l'hôpital.

### Secret de l'hospitalisation

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

Toutefois, cette disposition ne fait pas obstacle à l'obligation, pour le directeur, de signaler aux autorités militaires l'admission en urgence de militaires.

Pour les malades demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés en sont avisés.

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 de santé.

## **Article 164 – Comportement des patients**

### Règles de vie

La vie hospitalière requiert du malade le respect d'une certaine discipline qui s'exerce dans son intérêt propre et dans l'intérêt des autres malades.

Les malades doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres malades ou le fonctionnement du service.

Ils doivent observer une stricte hygiène corporelle.

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

Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent entraîner l'exclusion du malade pour motif disciplinaire.

#### Liberté de déplacement dans l'hôpital

Les malades peuvent se déplacer librement au sein de l'hôpital dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier. Les malades ne doivent pas demeurer en nombre au niveau de l'accès principal et des urgences, empêchant les entrées et sorties au niveau de ces accès. Les patients, familles et visiteurs doivent respecter les règles de silence et de tranquillité au niveau des abords et accès de l'hôpital, en particulier en période estivale.

### **Article 165 – Modalité d'exercice du droit de visite**

#### Droit de visite

Les malades doivent recevoir des visites dans les conditions qui ne troublent pas leur repos, ni ne gênent le fonctionnement des services.

Le directeur définit les horaires et les modalités des visites. En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, par le directeur avec l'accord du chef de service ou du responsable de la structure.

#### Limite au droit de visite

Le droit de visite peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état du malade ;
- pour les malades placés sous surveillance de la police ;
- pour non respect des règles régissant la vie de l'hôpital.

Les malades peuvent demander au personnel de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront d'avoir accès auprès d'eux.

#### Horaires des visites

Les horaires des visites sont arrêtés par le directeur. Sauf service particulier, les visites ont lieu l'après-midi à partir de 14 heures et jusqu'à 21 heures maximum.

#### Recommandations aux visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement des services. Ils peuvent être invités par le personnel à se retirer des chambres des malades ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur le malade.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les salles ou chambres de malades des médicaments, sauf accord exprès du médecin, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient.

Il est veillé, dans l'intérêt du malade, à ce que ne lui soient pas remises des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec son régime alimentaire.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider de l'expulsion du visiteur.

Les accompagnants ou visiteurs ont la faculté de prendre un repas au restaurant du personnel moyennant paiement.

## **Article 166 – Règles applicables aux personnes extérieures**

### Associations bénévoles

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des malades au sein de l'hôpital doivent, préalablement à leur intervention, obtenir l'autorisation du directeur et lui fournir une liste nominative des personnes qui interviendront.

L'accès auprès des malades est subordonné à l'accord de ces derniers, ainsi que des chefs de service ou du responsable de structure.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin.

### Accès des professionnels de la presse

L'accès des professionnels de la presse et les modalités d'exercice de leur profession au sein de l'hôpital doivent préalablement faire l'objet d'une information et d'une autorisation du directeur.

L'accès des professionnels de la presse auprès du patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier et, pour les mineurs et les majeurs protégés, à l'accord du représentant légal. Ce consentement doit être recueilli par écrit par le professionnel concerné. Les images des patients sont prises sous l'entière responsabilité des professionnels de la presse.

### Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs

L'accès au sein de l'hôpital des photographes, démarcheurs, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf accord des malades et autorisation écrite donnée par le directeur.

S'ils pénètrent dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

## **Article 167 – Les services disponibles**

### Exercice des cultes

Les malades doivent pouvoir participer à l'exercice du culte de leur choix.

Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'hôpital, la visite du ministre du culte de leur choix selon les possibilités du culte qui s'y rattache.

#### Prestataires de service au sein de l'hôpital

Le directeur établit la liste des prestations de service proposées aux malades au sein de l'hôpital et en définit les conditions d'accès et d'exploitation.

#### Courrier

Le vaguemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes leurs opérations postales. Une boîte aux lettres se situe dans le hall avec une levée journalière du lundi au vendredi.

#### Téléphone

Les hospitalisés utilisant le téléphone acquittent les taxes correspondantes. Ils peuvent recevoir les communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent le fonctionnement des services.

En raison des risques de perturbations avec les dispositifs médicaux, les personnes en possession de téléphones mobiles sont tenues de les éteindre dans les locaux de l'hôpital.

#### Usage des téléviseurs

Les appareils de télévision ne peuvent être introduits à l'hôpital. Les malades désirant regarder la télévision dans leur chambre doivent en faire la demande lors de leur admission.

En aucun cas les récepteurs de radio, de télévisions et autres appareils sonores ne doivent gêner le repos des autres malades.

#### Animaux

Les animaux sont interdits au sein de l'hôpital à l'exception des animaux domestiques accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité.

#### Interdiction des pourboires

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

#### Effets personnels

Les malades doivent prévoir pour leur séjour du linge personnel et un nécessaire de toilette.

### **Article 168 - Hospitalisation des enfants**

#### Organisation de l'hospitalisation

Le directeur organise, avec l'accord des médecins chefs de service ou de département concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur hospitalisation.

### La présence des parents

Les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres malades.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, s'ils le souhaitent et si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins.

### Information des titulaires de l'autorité parentale

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié pour y procéder et, lorsque cet état le permet, doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone.

### Information de mineur ou majeur sous tutelle

Les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé, en fonction de leur âge et de leurs facultés de compréhension, dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

### Consentement du mineur ou majeur sous tutelle

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'hospitalisation.

Le consentement du mineur ou majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

### Visites

Les frères, sœurs et amis seront admis, en nombre limité et sous l'autorité de l'équipe responsable, quel que soit leur âge et à des heures raisonnables de la journée.

### Autorisation de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Des permissions de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation.

Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, mère, gardien ou tuteur. La personne exerçant le droit de garde doit préciser à la direction de l'hôpital si le mineur peut quitter seul l'hôpital ou être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisé.

La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

### Suivi scolaire

Dans la mesure où les conditions d'hospitalisation le permettent les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein de l'hôpital. Ce droit est apprécié par le directeur en relation avec les services de l'éducation nationale.

## **Section 4 – Sortie du patient**

### **Article 169 – Les différents modes de sortie**

#### **Autorisations de sorties**

Les malades peuvent en fonction de leur état de santé et de la longueur de leur séjour, bénéficier de permissions de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures.

Ces permissions de sorties sont données sur avis favorable du médecin chef de service par le directeur. Les horaires de départ et de service et, le cas échéant de l'accompagnateur doivent être notés dans le service.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à sortir ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant, sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

#### **Liberté du patient de sortir**

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent sur leur demande quitter à tout moment l'hôpital.

#### **Sortie contre avis médical**

Toutefois, si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues pour le refus de soins.

Le malade doit alors signer une décharge consignait sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins. Il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications données par le médecin.

#### **Sortie contre avis médical du mineur**

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires.

#### **Sortie mineurs en fin d'hospitalisation**

La personne exerçant le droit de garde est informée de la sortie prochaine du mineur.

Elle doit préciser à la direction si le mineur peut quitter l'hôpital ou s'il doit lui être confié ou être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisé.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire du droit de garde ou du tiers que cette dernière a autorisée, des justifications sont exigées (pièce d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du malade.

#### **Sortie à l'insu du service**



Au cas où un malade a quitté l'hôpital sans prévenir et que les recherches entreprises pour le retrouver sont demeurées vaines, le directeur doit demander de prévenir le commissariat de police, s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige. Il doit également informer la famille ou le représentant légal du malade.

La sortie du malade est prononcée le jour où il a quitté l'hôpital.

#### Sortie des nouveau-nés

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

#### Sortie disciplinaire

La sortie des malades peut, hors les cas où l'état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des malades dans un autre service ou un autre établissement.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au malade afin d'assurer la continuité des soins.

### **Article 170 – Les formalités de sortie**

#### Compétence du directeur en matière de sortie

Lorsque l'état du malade ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service. Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le malade et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du malade dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adaptée à son cas.

#### Modalités de la sortie

Le directeur signe la formule d'exeat sur la fiche individuelle du malade.

La sortie donne lieu à la remise d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Tout malade sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuité des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits. En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier.

Les modalités de sortie sont consignées dans le dossier médical.

#### Questionnaire de sortie

Tout malade reçoit un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Il peut déposer ce questionnaire auprès de l'administration de l'hôpital sou pli cacheté et, s'il le désire, sous une forme anonyme.

#### Transports sanitaires

L'hôpital tient à la disposition des hospitalisés la liste complète des entreprises de transport sanitaire terrestre du département.

#### Retrait des sommes et objets déposés

Lors de sa sortie définitive de l'hôpital, le déposant se voit remettre, à l'occasion des formalités de sortie, un document l'invitant à procéder au retrait des objets déposés. En cas de décès, un document est remis aux héritiers les invitant à procéder au retrait des objets déposés.

Le retrait des objets par le malade ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'une décharge. Mention du retrait est faite sur le registre spécial coté tenu par le dépositaire, en marge de l'inscription du dépôt.

#### Sommes et objets déposés non réclamés

La remise de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières sont remis à la Caisse des dépôts et consignations contre délivrance d'un reçu à l'hôpital, lorsque les objets ne sont pas réclamés un an après la sortie ou le décès de leurs détenteurs. Mention de la remise est portée au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale.

La remise, au service des domaines, des autres biens mobiliers non réclamés est constatée par procès-verbal établi par l'hôpital. Une mention de la remise, ou du refus de la remise, est faite au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale.

Avis de la remise est adressé au déposant, à son représentant légal, à sa famille ou à ses proches.

#### Objets abandonnés

Tous les objets abandonnés par le malade à sa sortie sont déposés s'il n'avait pas procédé à leur dépôt auparavant et sauf instructions contraires de sa part. Le malade, sa famille ou ses proches en sont avisés.

#### Responsabilité de l'hôpital en cas de vol et détérioration de biens

L'hôpital est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains du préposé commis à cet effet ou d'un comptable public, par les malades.

Cette responsabilité s'étend sans limitation aux objets de toute nature détenus, lors de leur entrée dans l'hôpital, par les personnes hors d'état de manifester leur volonté ou devant recevoir des soins d'urgence et qui se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt.

L'hôpital n'est pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés ou non retirés sauf si une faute est établie à l'encontre de l'hôpital ou du personnel. La responsabilité de plein droit est écartée lorsque la perte ou la détérioration résulte d'un vice de la chose. Il en est de même lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

#### Réclamations et voies de recours

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de sortie, le patient ou ses ayants droits peuvent faire part directement au directeur de leurs observations et réclamations. Le directeur est tenu de leur donner les explications qu'ils sollicitent.

Le directeur accuse réception des demandes et réclamations présentées par écrit. Il donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer que par voie orale de voir sa demande ou réclamation en vue d'obtenir réparation.

Le directeur est tenu de lui faire connaître les voies de recours qui lui sont ouvertes.

### **Section 5 – Relation entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades**

#### **Article 171 – Information du médecin traitant**

##### Information à l'admission du patient

Dans l'intérêt de la continuité des soins, l'hôpital est tenu d'informer par lettre le médecin traitant du malade de la date et de l'heure de son admission ainsi que le service où a eu lieu cette admission. Il l'invite simultanément à prendre contact avec ce service, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester par écrit le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

##### Information en cours d'hospitalisation

En fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation et dans l'intérêt de la continuité des soins, le médecin responsable du malade communique le plus rapidement possible au médecin désigné par le malade ou sa famille et qui en fait la demande écrite, toute information relative à l'état du malade.

##### Information à la sortie du malade

A la fin de chaque séjour hospitalier, les pièces du dossier médical et autres pièces jugées nécessaires à la continuité des soins sont adressées, dans un délai de huit jours, au praticien que le malade ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins. Des doubles de ces mêmes documents sont établis et demeurent dans le dossier du malade.

#### **Article 172 – Communication du dossier médical**

##### Dossier médical lors d'un transfert

En cas de transfert du malade dans un autre établissement, le dossier médical du malade est si nécessaire transmis au service concerné de cet établissement, afin d'assurer la continuité des soins.

##### Communication du dossier médical au patient ou à ses ayants droit

En dehors des cas où elle doit être effectuée dans le cadre d'une procédure judiciaire, la communication du dossier médical du malade ne peut intervenir que sur la demande écrite du malade ou de son représentant légal ou de ses ayants droits en cas de décès, ou par l'intermédiaire d'un praticien désigné par eux.

La communication du dossier aux ayants droits, en cas de décès, est autorisée, si elle est nécessaire pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Après s'être assuré de l'identité du demandeur et la qualité du praticien désigné, le cas échéant, le destinataire de la demande doit alors autoriser la communication de toutes les informations significatives relatives à l'état du malade.

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la date de réception de la demande, avec toutefois, l'observation d'un délai de réflexion de quarante-huit heures.

La communication du dossier est assurée par le praticien responsable de la structure médicale concernée ou pour tout membre du corps médical de l'hôpital désigné par lui à cet effet.

La communication du dossier a lieu soit sur place avec, le cas échéant, remise de copies de documents, soit par l'envoi de copies des documents. Les prestations de secrétariat, de copie et d'envoi donnent lieu à facturation.

Si le dispositif technique le permet, le demandeur peut consulter par voie électronique tout ou partie des informations en cause.

#### *Opposition du mineur à la communication de son dossier médical*

La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet dans les conditions de l'article L. 1111-5 du CSP peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet.

Le médecin fait mention écrite de cette opposition.

Tout médecin saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès aux informations pour lesquelles le mineur a demandé le secret doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineur à la communication de ces informations. Si le mineur maintient son refus, la demande ne peut être satisfaite.

### **Section 6 – Mesures à prendre en cas de décès**

#### **Article 173 – Le décès**

##### *Attitude à suivre à l'approche du décès*

Lorsque l'état du malade s'est aggravé et qu'il est en danger de mort, la famille ou les proches doivent être prévenus sans délai par un agent de l'hôpital dûment habilité et par tous les moyens appropriés, de l'aggravation de son état.

Le malade peut être transporté à son domicile si lui-même ou la famille en expriment le désir, sous réserve de l'accord du directeur.

Lorsque le malade est en fin de vie, il est transporté avec toute la discrétion souhaitable dans une chambre individuelle.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'hôpital et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation le permettent.

#### Constat du décès

Les décès sont constatés conformément aux dispositions du code civil, par un médecin de l'hôpital.

Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir :

- une fiche d'identification destinée à l'hôpital et comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire ainsi que la mention « le décès paraît réel et constant » ;
- un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie dans les vingt-quatre heures.

Les décès sont inscrits sur un registre spécial.

#### Notification du décès

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide social à l'enfance, au directeur de ce service ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, au mandataire spécial ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou sous curatelle, au tuteur ou curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

#### Annonce du décès

La constatation effectuée, la famille ou les proches du malade sont prévenus du décès, dès que possible et par tous moyens.

#### Indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un malade hospitalisé, le directeur prévenu par le médecin chef du service doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire conformément à l'article 81 du code civil.

#### Déclarations des enfants nés sans vie

La déclaration de l'enfant sans vie est établie dans les conditions prévues à l'article 79-1 du code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'hôpital.

### **Article 174 - L'après décès**

#### Formalités entourant le décès

Dès que le décès est constaté par tout moyen, le personnel infirmier du service :

- procède à la toilette du malade décédé avec toutes les précautions convenables ;
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers..., que possédait le malade décédé ;
- rédige un bulletin d'identité du corps ;
- appose sur le corps un bracelet d'identification.

#### Objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux personnes dont un cadre infirmier ou une infirmière. Il est inscrit sur un registre spécial, paginé, tenu dans chaque service.

Les objets sont remis au régisseur qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.

Lorsque des mesures sanitaires y obligent, les effets et objets du défunt sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur des dits objets et effets.

#### Dépôt des corps à la chambre mortuaire

Après réalisation de l'inventaire des biens du défunt, le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire. De là, il ne peut être transféré hors de l'hôpital que dans les conditions prévues par la loi.

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

#### Transport sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire située sur le territoire de la commune du lieu du décès doivent intervenir dans un délai de quarante-huit heures à compter du décès.

Le transport et l'admission ont lieu sur la demande écrite d'une personne ayant la qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile.

Le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur la production d'un certificat médical établi par le chef du service, ou son représentant, et constatant que le défunt n'était pas atteint de l'une des maladies dont la liste est fixée par arrêté du ministre de la santé.

Le transfert du corps doit être effectué par une entreprise ou une association agréée par le préfet du département et assurant le service des pompes funèbres, après une déclaration écrite préalable au maire de la commune du lieu de dépôt du corps. En cas de fermeture de la mairie, ces formalités sont accomplies dès sa réouverture.

La déclaration préalable indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée du corps. Elle fait référence à la demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

Lorsque le corps est transporté avant mise en bière hors de la commune du lieu de décès ou de dépôt, une copie de la déclaration de transport est immédiatement adressée, par tout moyen, au maire de la commune où le corps est transporté.

#### Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de la famille

Ce transport doit intervenir dans un délai de quarante-huit heures à compter du décès.

L'autorisation est subordonnée :

- à la demande de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
- à la reconnaissance du corps par ladite personne ;
- à l'accord écrit du directeur de l'hôpital ;
- à l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

Le médecin chef du service où a eu lieu le décès peut s'opposer à ce transport s'il estime que :

- le décès soulève un problème médico-légal ;
- l'état du corps ne permet pas un tel transport ;
- le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du ministre de la santé.

Le médecin avertit alors sans délai et par écrit la famille et le directeur de son opposition.

Sauf dérogation dûment justifiée, ce départ a lieu aux heures d'ouvertures de la chambre mortuaire de l'hôpital.

#### Mise en bière et transport après mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du malade décédé est mis en bière.

Si le malade décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin doit intervenir pour procéder à sa récupération.

La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu du décès. Cette autorisation est délivrée sur production du certificat du médecin chargé par l'officier d'état civil de s'assurer du décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Après l'accomplissement de ces formalités et de celles des articles 78 et suivants du code civil concernant la déclaration de décès et le permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil.

Le transfert du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente.

#### Corps non réclamés

Si dans un délai de dix jours au maximum le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'hôpital fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt.

Si celui-ci n'a rien laissé, l'hôpital applique les dispositions concernant les personnes dépourvues de ressources suffisantes.

S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en l'accord avec l'autorité militaire compétente.

#### Libre choix des opérateurs funéraires

Le choix des opérateurs funéraires est libre. En aucun cas, l'hôpital et son personnel ne peuvent choisir pour les familles, ni faire pression sur elle dans leur choix.

### **Section 7 – Le personnel hospitalier**

#### **Article 175 – Principes fondamentaux liés au respect du patient**

##### Demandes d'information

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles du présent règlement intérieur.

##### Confidentialité

L'hôpital est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille.

##### Secret professionnel

Le secret professionnel s'impose à tous, y compris les bénévoles.

Il couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

##### Dérogations obligatoires au secret professionnel

Le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements :

- la déclaration de naissance ;
- le certificat de décès ;
- la déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret ;
- la déclaration des maladies vénériennes ;
- le certificat d'accident du travail ;
- le certificat de maladie professionnelle ;
- le certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation ;
- la déclaration visant au déplacement d'un majeur sous sauvegarde de justice ;
- la déclaration de l'état dangereux des alcooliques,
- le certificat de santé dirigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge.

##### Dérogations facultatives au secret professionnel

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :



- pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- pour porter à la connaissance du procureur de la République et en accord avec la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toutes natures ont été commises.

En cas de non révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure nécessaire pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Les fonctionnaires en exercice à l'hôpital et les médecins chefs de service et responsables de structure en leur qualité d'autorité sont tenues par les dispositions de l'article 40 du code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur fonction. Ils en tiennent informé le directeur.

#### Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

#### Levée de l'obligation de discrétion professionnelle

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

#### Devoir de neutralité du personnel

Les personnes sont tenues, dans l'exécution de leur service, au devoir strict de neutralité qui s'impose à tout agent collaborant avec le service public. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les malades, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital.

#### Respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée.

Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercé sur les malades ou leur famille.

#### Respect du patient et de son intimité

La personne malade a droit au respect de sa dignité.

Le respect de l'intimité du malade doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré- et postopératoires...

Les malades ne peuvent être amenés à participer à la présentation de cas destinés à des étudiants ou stagiaires sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre leur refus.

### Sollicitude envers les patients

Les personnels s'efforcent d'assurer au mieux le confort physique et moral des malades dont ils ont la charge.

D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux hospitaliers.

Le soulagement de la souffrance des malades doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

### Accueil et respect du libre choix des familles

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Le libre choix des familles doit être rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, des opérateurs funéraires...

## **Article 176- Principes de bonnes conduites professionnelles**

### Obligation de désintéressement

Il est interdit à tout membre du personnel de l'hôpital d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

### Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels de l'hôpital sont tenus de se consacrer à leurs fonctions.

Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls.

### Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce

Les agents ne doivent accepter des malades ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

### Exécution des instructions reçues

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

Il 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.

### Information du supérieur hiérarchique

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toutes natures dont il a connaissance à l'occasion de son service. Le directeur est nécessairement informé sans délai des faits et incidents qui constituent ou peuvent constituer un évènement grave ou préoccupant.

### Obligation de signalement des incidents liés à l'utilisation des produits et biens de santé

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable, grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical, est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée.

### Témoignage en justice

Tout agent de l'hôpital, lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en prévenir le directeur et, à l'issue de son audition en justice ou auprès des autorités de police, l'en informer.

### Bon usage des biens de l'hôpital

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'hôpital. L'hôpital sera amené à exiger un remboursement, en cas de dégradations volontaires ou d'incurie caractérisée.

### Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

### Obligation de déposer argent ou objets confiés par les malades ou trouvés dans l'hôpital

Aucun agent de l'hôpital ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des malades.

Ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès du régisseur de l'hôpital.

### Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les agents de l'hôpital doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'hôpital.

Le restaurant du personnel a pour objet de servir les repas aux agents. Les locaux de détente ou offices ne peuvent servir qu'aux collations et moments de repos dans le respect de l'organisation du service.

Le personnel doit éviter d'apporter ses propres denrées alimentaires sur le lieu de travail, en particulier au restaurant du personnel.

Les blouses utilisées dans les locaux de soins ne doivent pas être portées dans les locaux banalisés.

#### Exigence d'une tenue correcte

La tenue est un élément du respect dû aux malades.

Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble du personnel.

#### Lutte contre le bruit

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins.

#### Identification des personnels

Les personnels de l'hôpital sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur nom, leur prénom et leur qualité. Ces dispositions s'appliquent aussi aux personnes bénévoles.

#### Définition des sigles

**CME** : Commission Médicale d'Etablissement

**CQGR** : Comité de pilotage de la Qualité, de la Gestion des Risques, de l'accueil et de la prise en charge des usagers

**CLAN** : Comité de Liaison Alimentaire Nutrition

**CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

**CRUQPEC** : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge

**CLUD** : Comité de Lutte contre la Douleur

**CSTH** : Comité de Sécurité Transfusionnelle Hospitalière

**CTE** : Comité Technique d'Etablissement

**CSIRMT** : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation, et Médico-Techniques

**CHSCT** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail