



# Règlement intérieur du CHICAS

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud a été arrêté par le directeur en juin 2021 en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur et notamment le code de la santé publique, après :

- concertation avec le directoire ;
- consultation de la commission médicale d'établissement ;
- consultation du comité technique d'établissement ;
- consultation du comité hygiène sécurité conditions de travail ;
- information de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextique ;
- information de la commission des usagers ;
- avis du conseil de surveillance.

Le directeur assure l'application et l'exécution des dispositions du règlement intérieur sur l'ensemble des sites de l'établissement, **régulièrement mis à jour** et complété par la publication de procédures internes, notes de service et notes d'information.

## Contenu

Glossaire .....	9
CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES .....	11
Section 1. Présentation du Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud .....	11
Art 1. Statut juridique .....	11
Art 2. Missions .....	11
Art 3. Présentation de l'établissement .....	12
Art 4. Groupement Hospitalier de Territoire .....	12
Section 2. Gouvernance et instances représentatives .....	14
Art 5. Conseil de surveillance .....	14
Art 6. Directeur .....	14
Art 7. Astreintes de direction .....	15
Art 8. Directoire .....	15
Art 9. Commission médicale d'établissement .....	16
Art 10. Autres instances représentatives .....	16
Art 11. Instances relatives à la qualité et à la sécurité des soins .....	17
Art 12. Autres commissions et groupes de travail .....	18
Section 3. Organisation des soins .....	19
Art 13. Organisation des services de soins .....	19
Art 14. Structuration en pôles .....	19
Art 15. Nomination et missions du chef de pôle .....	19
Art 16. Contrat et projet de pôle .....	19
Art 17. Encadrement du pôle .....	20
Art 18. Responsables des structures internes aux pôles .....	20
Art 19. Nomination et affectation des praticiens hospitaliers .....	20
Art 20. Gérance de la pharmacie à usage intérieur .....	21
Art 21. Soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques .....	21
Art 22. Internes en médecine, en odontologie et en pharmacie .....	22
Art 23. Etudiants des écoles paramédicales .....	23
Art 24. Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins .....	23
Art 25. Coordination des soins dispensés aux malades .....	23
Art 26. Permanence des soins .....	23

CHAPITRE 2. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS .....	25
Section 1. Règles fondées sur le respect du patient .....	25
Art 27. Devoir d'information du public .....	25
Art 28. Secret professionnel.....	25
Art 29. Obligation de discrétion professionnelle .....	26
Art 30. Devoir général de réserve, respect de la liberté de conscience et d'opinion .....	26
Art 31. Respect du confort des patients.....	26
Art 32. Usage du téléphone portable.....	27
Art 33. Exigence d'une tenue correcte.....	27
Art 34. Identification vis-à-vis des interlocuteurs .....	27
Art 35. Accueil et respect du libre choix des familles.....	27
Section 2. Autres règles de comportement professionnel.....	28
Art 36. Obligation de désintéressement .....	28
Art 37. Interdiction d'exercer une activité privée lucrative .....	28
Art 38. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces .....	28
Art 39. Exécution des instructions reçues .....	29
Art 40. Assiduité et ponctualité.....	29
Art 41. Information du supérieur hiérarchique.....	29
Art 42. Utilisation des véhicules .....	29
Art 43. Obligation de signalement des incidents ou risques.....	30
Art 44. Témoignage en justice ou auprès des forces de l'ordre.....	30
Art 45. Bon usage des biens de l'hôpital .....	30
Art 46. Bonne utilisation du système d'information et de la messagerie de l'établissement .....	31
Art 47. Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés dans l'hôpital .....	31
Art 48. Respect des règles d'hygiène et de sécurité .....	31
Art 49. Restaurant du personnel .....	31
Art 50. Horaires de travail .....	31
Art 51. Positionnement des congés.....	32
Art 52. Substances psychoactives et travail .....	32
Art 53. Lutte contre le harcèlement moral en milieu professionnel.....	32
Art 54. Lutte contre le harcèlement sexuel en milieu professionnel .....	33
Section 3. Droit des professionnels.....	34
Art 56. Liberté d'opinion .....	34
Art 57. Parité .....	34

Art 58. Droit syndical .....	34
Art 59. Droit de grève .....	35
Art 60. Droit à la protection dans l'exercice de ses fonctions.....	35
Art 61. Protection de la santé des femmes enceintes travaillant au CHICAS .....	35
CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS .....	36
Section 1. Accueil, consultations et admissions .....	36
Art 62. Principes du libre choix du patient .....	36
Art 63. Droit à la prévention et aux soins.....	36
Art 64. Accès aux soins aux personnes démunies.....	36
Art 65. Accueil des patients.....	37
Art 66. Livret d'accueil et évaluation de la satisfaction .....	37
Art 67. Compétence du directeur en matière d'admission.....	37
Art 68. Pièces à fournir au moment de l'admission .....	37
Art 69. Admission à la demande du médecin traitant ou post consultation .....	38
Art 70. Admission programmée .....	38
Art 71. Admission directe .....	38
Art 72. Transfert .....	38
Art 73. Consultations externes .....	39
Art 74. Tarif des consultations externes.....	39
Art 75. Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CEGIDD).....	39
Art 76. Structures alternatives à l'hospitalisation .....	40
Art 77. Hospitalisation à domicile .....	40
Art 78. Activité libérale des médecins.....	40
Art 79. Service public hospitalier et activité libérale.....	40
Section 2. Accueil et admission en urgence .....	42
Art 80. Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles .	42
Art 81. Cas d'urgence survenant à proximité de l'hôpital.....	42
Art 82. Accueil et admission en urgence .....	42
Art 83. Information des familles des patients hospitalisés en urgence .....	43
Art 84. Inventaire à l'admission.....	43
Art 85. Patients amenés par les forces de l'ordre .....	43
Section 3. Dispositions particulières à certains patients.....	45
Art 86. Garde et protection des mineurs .....	45
Art 87. Consultations pour les mineurs non accompagnés.....	45

Art 88. Admission des mineurs.....	45
Art 89. Dévolution de l'autorité parentale .....	45
Art 90. Mineurs présentés en urgence.....	45
Art 91. Actes médicaux et chirurgicaux d'urgence sur des mineurs .....	46
Art 92. Hospitalisation des mineurs .....	46
Art 93. Admission des mineurs du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) .....	46
Art 94. Autorisation de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation.....	47
Art 95. Information des mineurs et consentement aux soins.....	47
Art 96. Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation .....	47
Art 97. Mineurs en situation de rupture familiale .....	47
Art 98. Admission en maternité .....	47
Art 99. Secret de la grossesse et de la naissance .....	48
Art 100. Interruption volontaire de grossesse (IVG) .....	48
Art 101. Admission des militaires.....	49
Art 102. Admission des victimes de guerre .....	49
Art 103. Information et consentement des majeurs sous tutelle.....	49
Art 104. Prise en charge des majeurs protégés.....	49
Art 105. Audition d'un patient par les forces de l'ordre .....	50
Art 106. Admission des personnes gardées à vue.....	50
Art 107. Admission des patients évacués sanitaires .....	50
Art 108. Admission au sein d'une unité de Soins de Suite ou Réadaptation (SSR) .....	50
Section 4. Soins et information sur les soins.....	52
Art 109. Consentement aux soins .....	52
Art 110. Refus des soins .....	52
Art 111. Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs ou des majeurs protégés.....	53
Art 112. Information du patient .....	54
Art 113. Dossier médical du patient.....	54
Art 114. Communication du dossier médical au patient.....	54
Art 115. Relations avec les familles.....	55
Art 116. Droit d'accès des ayants droit aux informations concernant un patient décédé .....	56
Art 117. Communication d'informations médicales et continuité des soins .....	56
Art 118. Traitements informatiques.....	56
Art 119. Réclamations et voies de recours.....	57

Art 120. Médiateur médical et médiateur non médical.....	57
Art 121. Transfusions sanguines.....	58
Art 122. Sécurité transfusionnelle.....	58
Art 123. Dispositions spécifiques à la recherche biomédicale.....	58
Art 124. Modalités générales des prélèvements d'éléments du corps humain et de la collecte de ses produits.....	59
Section 5. Conditions de séjour du patient à l'hôpital.....	60
Art 125. Règles générales.....	60
Art 126. Respect de la personne et de son intimité.....	60
Art 127. Exercice des cultes et respect de la laïcité.....	60
Art 128. Autorisations de sortie au cours de l'hospitalisation.....	61
Art 129. Composition et missions du service social.....	61
Art 130. Visites.....	61
Art 131. Stagiaires extérieurs.....	62
Art 132. Associations de bénévoles.....	62
Art 133. Accès des professionnels de la presse.....	62
Art 134. Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs.....	63
Art 135. Intervention d'un notaire.....	63
Art 136. Dépôt des objets de valeur.....	63
Art 137. Droits civiques.....	64
Art 138. Prestataires de services au sein de l'hôpital.....	64
Art 139. Effets personnels.....	64
Art 140. Courrier.....	64
Art 141. Cafétéria et point presse.....	64
Art 142. Téléphone, télévision, Internet.....	65
Section 6. Sortie des patients.....	66
Art 143. Compétence du directeur en matière de sortie.....	66
Art 144. Modalités de la sortie.....	66
Art 145. Sortie contre avis médical.....	66
Art 146. Sortie à l'insu du service.....	67
Art 147. Sortie des nouveau-nés.....	67
Art 148. Sortie disciplinaire.....	67
Section 7. Frais de séjour et vente de médicament.....	68
Art 149. Principe du paiement.....	68

Art 150. Tarifs des prestations .....	68
Art 151. Forfait journalier.....	68
Art 152. Paiement des frais de séjour et provisions.....	68
Art 153. Prestations fournies aux accompagnants.....	68
Art 154. Vente de médicaments de la réserve hospitalière et rétrocession.....	68
Section 8. Dispositions relatives aux naissances et aux décès .....	70
Art 155. Déclaration de naissance.....	70
Art 156. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale.....	70
Art 157. Déclaration de décès d'enfant né sans vie .....	70
Art 158. Patient en fin de vie.....	70
Art 159. Directives anticipées.....	71
Art 160. Attitude à suivre à l'approche du décès .....	71
Art 161. Constat du décès .....	72
Art 162. Notification du décès.....	72
Art 163. Indices de mort violente ou suspecte .....	72
Art 164. Formalités entourant le décès.....	72
Art 165. Dépôt des corps à la chambre mortuaire.....	73
Art 166. Mesures de police sanitaire.....	73
Art 167. Transport de corps avant mise en bière.....	73
Art 168. Mise en bière et transport après mise en bière .....	74
Art 169. Opérations funéraires et libre choix des opérateurs funéraires .....	74
Art 170. Don du corps.....	74
Art 171. Objets abandonnés ou déposés par le défunt .....	75
Art 172. Liberté des funérailles, dispositions testamentaires.....	75
Chapitre 4 – Dispositions relatives à la sécurité.....	77
Section 1. Règles et dispositifs de sécurité .....	77
Art 173. Nature et opposabilité des règles de sécurité.....	77
Art 174. Accès à l'hôpital.....	77
Art 175. Calme et tranquillité au sein de l'hôpital .....	78
Art 176. Personnels de sécurité incendie.....	78
Art 177. Matériels de sécurité générale (vidéo protection, contrôles d'accès).....	78
Art 178. Règles de responsabilité.....	79
Art 179. Rapports avec l'autorité judiciaire .....	79
Art 180. Rapport avec les forces de l'ordre.....	79

Art 181. Circonstances exceptionnelles .....	80
Art 182. Vigilance attentat .....	80
Section 2. Prévention et sécurité incendie.....	81
Art 183. Registre de sécurité incendie .....	81
Art 184. Sécurité des biens et des personnes .....	81
Art 185. Interdiction de fumer .....	81
Section 3. Sécurité et permanence du fonctionnement .....	82
Art 186. Recherche de la maîtrise des risques .....	82
Art 187. Garde technique .....	82
Section 4. Circulation et stationnement des véhicules .....	83
Art 188. Règles de compétence concernant la circulation et le stationnement des véhicules ....	83
Art 189. Règles générales de stationnement .....	83
Art 190. Dispositions communes aux zones de stationnement réservées aux professionnels ....	83

## Glossaire

- CHICAS : Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud.
- EPS : Etablissement Public de Santé.
- CSP : Code de Santé Publique.
- GHT : Groupement Hospitalier de Territoire.
- PMP : Projet Médical Partagé.
- GCS : Groupement de Coopération Sanitaire.
- GIE : Groupement d'Intérêt Economique.
- CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.
- EPRD : État des Prévisions de Recettes et de Dépenses.
- PPI : Plan Pluriannuel d'Investissement.
- CNG : Centre National de Gestion.
- ARS : Agence Régionale de Santé.
- CME : Commission Médicale d'Etablissement.
- PRS : Projet Régional de Santé.
- SNS : Stratégie Nationale de Santé.
- CDU : Commission des Usagers.
- CTE : Comité Technique d'Etablissement.
- CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.
- RPS : Risques Psycho-Sociaux.
- QVT : Qualité de Vie au Travail.
- UHPAD : Unité d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.
- CVS : Conseil de la Vie Sociale.
- CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.
- CSTH : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance.
- CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur.
- CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition.
- COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles.
- CIV : Cellule d'Identito Vigilance.
- PUI : Pharmacie à Usage Intérieur.
- DE : Diplôme d'Etat.
- HAS : Haute Autorité de Santé.
- DRH : Direction des Ressources Humaines.
- COPS : Commission d'Organisation de la Permanence des Soins.
- EPI : Equipements de Protection Individuelle.
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.
- RTT : Réduction Temporaire du Temps de travail.
- CSFPH : Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière.
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé.
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.
- CEGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic.
- HAD : Hospitalisation A Domicile.
- CAL : Commission de l'Activité Libérale.

- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
- SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle.
- CCH : Cellule de Crise Hospitalière.
- ORSAN : Organisation de la Réponse du Système de santé en situations sanitaires exceptionnelles.
- DD ARS : Délégation Départementale ARS.
- ASE : Aide Sociale à l'Enfance.
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse.
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.
- CCPPRB : Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale.
- SSIAP : Service de Sécurité Incendie et d'Assistance à Personnes.

## CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES

### Section 1. Présentation du Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud

#### **Art 1. Statut juridique**

Le Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS) est un Etablissement Public de Santé (EPS) régi par les dispositions du Code de la Santé Publique (CSP). Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Son siège est situé au 1 place Auguste Muret à Gap. Le Centre hospitalier est indifféremment dénommé « hôpital » ou « Centre hospitalier » ou « CHICAS » dans le présent règlement.

L'établissement est membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) des Alpes du Sud établi autour d'un Projet Médical Partagé (PMP) et d'un projet de soins partagé afin de faciliter l'accès des malades au système de soins et de mutualiser certaines fonctions en vue d'une meilleure efficacité des structures au bénéfice du patient.

#### **Art 2. Missions**

Le CHICAS assure l'exercice des missions de service public hospitalier. Il participe à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de qualité et de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Il est au service de la population à laquelle il assure les soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic qui lui sont nécessaires. Il délivre dans ce cadre :

- des soins urgents ;
- des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leurs phase aiguë ;
- des soins de suite et de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale ;
- des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie.

L'établissement assure également des missions d'accueil et de prise en charge relevant du secteur médico-social.

Il concourt à l'enseignement et à la recherche dans le domaine de la santé. Il participe à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en ville, les établissements et services médico-sociaux et les structures privées, le cas échéant.

Le Centre hospitalier respecte les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service et de l'adaptation continue de ses moyens aux exigences de qualité de l'accueil et de sécurité des soins. Il accueille les patients de jour comme de nuit et admet en son sein toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite, sans aucune forme de discrimination et en toutes circonstances.

Les personnels de l'hôpital dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

Le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique, notamment en situation de fin de vie, ainsi que le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du Centre hospitalier.

La charte de la personne hospitalisée, la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et la charte européenne de l'enfant hospitalisé sont affichées dans les locaux de l'hôpital de telle sorte qu'elle soit aisément connue des patients, de leurs proches et des personnels.

### **Art 3. Présentation de l'établissement**

L'établissement propose une offre de soins complète en médecine, chirurgie et obstétrique organisée dans deux sites.

En l'état actuel de l'organisation, ses activités se déploient sur les sites de Gap et de Sisteron et comportent :

- Un Pôle Femme Enfant ;
- Un Pôle Gériatrie – Pharmacie ;
- Un Pôle Médecine ;
- Un Pôle Soins Critiques ;
- Un Pôle Chirurgie – Anesthésie – Réanimation ;
- Un Pôle Prestataire.

Le CHICAS participe à la formation des futurs professionnels de santé paramédicaux à travers la gestion d'un institut de formation proposant :

-le Diplôme d'Etat infirmier ;

-le Diplôme d'Etat aide-soignant ;

-ainsi que des formations continues en fonction de l'évolution de la réglementation et des besoins du territoire : formation « Hygiène et Salubrité », formation « Assistant de Soins en Gériatrie », formation « Prévention des événements graves liés aux soins », formation « Tutorat IDE », formation « Préparation aux épreuves de sélection pour l'admission en IFSI », formation « Tutorat Aide-Soignant », formation « Préparation aux épreuves de sélection pour l'entrée en IFAS / IFAP ».

L'établissement est membre d'un Groupements de Coopération Sanitaires (GCS) de moyens pour la fonction de blanchisserie, d'un GCS permettant l'intervention de professionnels libéraux au CHICAS, et d'un GCS en lien avec Aix Marseille Université.

Il est par ailleurs membre d'un Groupements d'Intérêt Economique (GIE) sur le secteur de l'imagerie pour l'exploitation in fine de 3 IRM sur le territoire.

Le présent règlement intérieur s'applique à l'ensemble des structures de l'établissement.

Certaines de ces structures ou des unités fonctionnelles disposent par ailleurs de règlements de fonctionnement auxquels il conviendra de se référer.

### **Art 4. Groupement Hospitalier de Territoire**

L'hôpital s'inscrit dans une stratégie d'alliance avec les EPS du territoire dans le cadre du GHT des Alpes du Sud. Celui-ci se compose du Centre hospitalier d'Aiguilles, du Centre hospitalier Buëch Durance, du

Centre hospitalier Les Escartons de Briançon, du Centre hospitalier d'Embrun, du Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud et de l'hôpital Pierre Grouès de Barcelonnette. Le GHT a pour objectif de faciliter l'accès des patients au système de soins à travers l'organisation de filières ainsi que de mutualiser certaines fonctions en vue d'une meilleure efficacité des structures au bénéfice des patients.

Une organisation spécifique est mise en place par le GHT s'appuyant sur :

- un comité stratégique, organe de débat, de dialogue, d'élaboration des orientations et d'évaluation qui porte des décisions prises selon les modalités du règlement intérieur ;
- un établissement support, le Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud ;
- des fonctions mutualisées ;
- une commission médicale de groupement ;
- une Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques de GHT (CSIRMT) ;
- un comité territorial des élus locaux leur donnant la possibilité d'exercer leurs responsabilités ;
- une conférence territoriale de dialogue social.

## Section 2. Gouvernance et instances représentatives

### **Art 5. Conseil de surveillance**

Le CHICAS dispose d'un conseil de surveillance. Celui-ci élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées qui le composent pour une durée de 5 ans.

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce un contrôle de la gestion de l'établissement. Il se prononce par délibération ou par avis sur les matières définies par le CSP. Il est également informé dans certains domaines déterminés.

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. Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) ainsi que sur le Programme Pluriannuel d'Investissement (PPI).

Le conseil de surveillance est composé de trois collèges d'effectif égal :

- de représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ;
- de représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, dont un représentant élu parmi les membres de la CSIRMT ;
- de personnalités qualifiées.

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

Les séances ne sont pas publiques.

### **Art 6. 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.

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

Dans certaines matières définies par la loi, il exerce ses compétences après concertation avec le directoire, qu'il préside.

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

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

Il dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement.

Il propose au directeur général du Centre National de Gestion (CNG) la nomination des directeurs adjoints qui l'assistent. Les directeurs adjoints sont responsables, sous son autorité, du fonctionnement de l'institution dans un secteur fonctionnel déterminé en application de l'organigramme de direction. Les services administratifs, techniques et logistiques sont placés sous la responsabilité des directions fonctionnelles.

Le directeur peut accorder des délégations de signature dans le respect des formes juridiques requises. Il peut également se faire représenter.

Le directeur est nommé par arrêté du directeur général du CNG, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), après avis du président du conseil de surveillance.

#### **Art 7. Astreintes de direction**

Pour répondre au principe de continuité du service public et faire face à tout événement susceptible d'entraver le fonctionnement normal de l'établissement, le directeur organise avec les membres de son équipe de direction et, le cas échéant, d'autres collaborateurs auxquels il a donné délégation de sa signature, un service d'astreinte. Dans ce cadre, les réponses faites aux professionnels qui recourent au « directeur d'astreinte » font l'objet d'une traçabilité.

Pendant son astreinte, le « directeur d'astreinte » est investi par délégation de la compétence et de la responsabilité du directeur. Il lui appartient d'avertir ce dernier des événements qui, en raison de leur nature ou de leur gravité, sont susceptibles notamment d'engager la responsabilité du CHICAS ou d'avoir un impact sur son image et sa réputation.

#### **Art 8. Directoire**

Le directoire est le collège qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il se réunit au moins huit fois par an. Un procès-verbal est diffusé aux membres du directoire.

Il est composé de trois membres de droit : le directeur (président), le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) (vice-président) et le président de la CSIRMT.

A ces membres de droit s'ajoutent les membres nommés : le directeur nomme les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales (au moins trois), sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME. Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas de désaccord, constaté par le directeur sur les noms portés sur la liste transmise ou du fait de l'absence ou du caractère incomplet de cette dernière, le directeur peut demander une nouvelle liste sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.

Le président du directoire peut par ailleurs inviter des professionnels à chacune des séances selon les thématiques traitées.

Le président du directoire peut mettre fin aux fonctions des membres nommés, après information du conseil de surveillance. En outre, le mandat des membres du directoire nommés prend fin dans trois hypothèses : lors de la nomination d'un nouveau président du directoire, quand le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre, en cas de démission de l'intéressé.

Le directoire a pour mission de veiller à la cohérence des projets de pôles avec le projet médical, et l'ensemble du projet d'établissement ainsi qu'avec le Projet Régional de Santé (PRS) et la Stratégie Nationale de Santé (SNS).

### **Art 9. Commission médicale d'établissement**

La CME est l'instance représentant le corps médical. Elle est composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques. Elle élit son président. Sa composition et ses règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.

Sa composition est fixée comme suit, de manière à garantir une représentation équilibrée :

- collège 1 les PH chefs de pôle, 6 sièges ;
- collège 2 les PH chefs de service : 32 sièges ;
- collège 3 les PH titulaires : 15 sièges ;
- collège 4 les personnels non titulaires et contractuels : 2 sièges ;
- collège 5 les sages-femmes: 1 siège ;
- collège 6 les représentants des internes (médecine générale, spécialités, pharmacie, odontologie) : 2 sièges.

La CME contribue à l'élaboration du projet médical d'établissement, la formation du personnel médical. La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la Commission des Usagers (CDU).

La CME constitue également une instance consultative à part entière qui est à la fois consultée et informée dans tous les domaines de la vie de l'établissement (organisation, investissements, financement).

Le champ des matières sur lesquelles elle est informée ou pour lesquelles elle dispose d'une compétence consultative est défini par le CSP.

### **Art 10. Autres instances représentatives**

En plus du conseil de surveillance et de la CME, l'établissement est organisé par les instances représentatives suivantes :

- une CSIRMT qui représente au sein de l'établissement les différentes catégories de personnels de santé participant à la mise en œuvre des soins. Elle traite notamment des questions liées à l'organisation des soins ;
- un Comité Technique d'Etablissement (CTE) qui traite les matières relatives au fonctionnement de l'hôpital. Le comité est doté de compétences consultatives sur les sujets ayant une incidence sur le fonctionnement et sur l'organisation de l'établissement ;
- un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) qui contribue à la protection de la santé et de la sécurité des personnels. Le comité procède notamment à l'analyse des conditions de travail, des risques professionnels auxquels peuvent être soumis les agents ainsi que leur exposition aux facteurs de pénibilité. Il assure la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et mène des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Il a un rôle d'initiative et consultatif essentiel en matière de prévention des Risques Psycho-Sociaux (RPS) et de promotion de la Qualité de Vie au Travail (QVT). Il est également consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail.

Pour l'accomplissement de leurs missions, ces instances définissent leur organisation interne, dans le respect de la réglementation générale en termes de composition, de fonctionnement et d'attributions.

### **Art 11. Instances relatives à la qualité et à la sécurité des soins**

Le CHICAS est doté d'instances compétentes pour l'examen des questions relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Ces instances, la plupart régies par des dispositions réglementaires, sont les suivantes :

-la CDU. La composition des CDU prévoit toujours au moins le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, un médiateur médecin et son suppléant, un médiateur non médecin et son suppléant ainsi que deux représentants des usagers et leurs suppléants. Elle examine au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire les réclamations adressées à l'hôpital par les usagers et le cas échéant, les informe sur les voies de conciliation et de recours. Elle peut, si elle le juge utile, rencontrer l'auteur d'une réclamation. Le représentant des usagers membre de la commission des usagers peut accompagner l'utilisateur dans sa réclamation et s'il le souhaite pendant sa rencontre avec le médiateur. Elle est consultée et formule des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport présenté au conseil de surveillance de l'hôpital qui délibère sur les mesures à adopter afin d'améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge. ;

-le Conseil de la Vie Sociale (CVS) pour l'Unité d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (UHPAD) Muret et l'UHPAD les Cigalines ;

Chaque CVS est composé de la même manière. Des membres siègent avec voix délibérative : collège des représentants des personnes prises en charge ; collège des représentants des familles et des représentants légaux ; collège des représentants du conseil de surveillance ; collège des représentants du personnel de l'EHPAD. Des membres siègent avec voix consultative.

Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'unité, et notamment sur : le règlement de fonctionnement, qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective ; le projet définissant les objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ; l'organisation intérieure et la vie quotidienne ; les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques ; les projets de travaux et d'équipements ; la nature et le prix des services rendus ; l'affectation des locaux collectifs ; l'entretien des locaux ; les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture ; l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants ; les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

Conformément à la mission de la CME de contribution à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les commissions suivantes sont constituées comme des sous-commissions de CME :

-le Comité De Lutte contre Les Infections Nosocomiales (CLIN) ; ;

-la Commission chargée de la Sécurité Transfusionnelle et de l'Hémovigilance (CSTH) ;

-le Comité de Lutte contre la Douleur et de Développement des Soins Palliatifs (CLUDS) ;

-le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) ;

- la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) ;
- la Cellule d'Identito-Vigilance (CIV).

Y participent notamment des représentants médicaux qui rendent compte régulièrement des actions mises en place à la CME.

Le directeur et le président de la CME définissent conjointement, en concertation avec CME, les modalités de coordination de ces instances, dans le respect de leurs attributions respectives. Ces instances conduisent leurs travaux en lien étroit avec la CSIRMT.

Pour l'accomplissement de leurs missions, ces instances définissent sous l'égide de la CME leur organisation interne dans leur propre règlement intérieur, dans le respect de la réglementation générale en termes de composition, de fonctionnement et d'attributions.

Un COPIL qualité-gestion des risques se réunit chaque trimestre.

#### **Art 12. Autres commissions et groupes de travail**

Afin de garantir la participation des professionnels et des associations d'usagers, le directeur organise la mise en œuvre de groupes de travail ou de commissions permanentes dont chacun a une organisation spécifique définie par un document de cadrage (règlement intérieur, charte de fonctionnement, fiche projet, etc.).

### Section 3. Organisation des soins

#### **Art 13. Organisation des services de soins**

Les services de soins accueillent les personnes soignées en hospitalisation, en consultation ou lors des examens et explorations. Les services assurent au plan médical et paramédical la prise en charge du patient, la mise au point des protocoles de soins, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, la recherche, qu'elle soit médicale ou paramédicale, et l'enseignement.

#### **Art 14. Structuration en pôles**

L'hôpital est organisé en pôles d'activité médicaux et médico-techniques, selon une organisation définie par le directeur en concertation avec le directoire, conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME.

Les pôles cliniques sont placés sous la responsabilité fonctionnelle d'un praticien chef de pôle, assisté d'un cadre supérieur de santé et d'un temps de cadre administratif référent. Les pôles d'activité sont composés, de structures internes de prise en charge des malades par les équipes médicales et paramédicales, qui sont soit des services soit des unités fonctionnelles.

#### **Art 15. Nomination et missions du chef de pôle**

Le praticien chef de pôle est nommé par le directeur, sur présentation d'une liste de propositions de praticiens éligibles élaborée par le président de la CME selon les modalités définies dans le CSP.

Le praticien chef de pôle est nommé pour une durée de quatre ans, renouvelable.

Le praticien chef de pôle est chargé de la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle. Il organise, en concertation avec les équipes, 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 services et unités fonctionnelles. Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

En cas de vacance de fonctions de chef de pôle et pendant le temps nécessaire à la nomination d'un chef de pôle, le directeur peut désigner un praticien de l'hôpital pour exercer provisoirement ces fonctions sur proposition du président de la CME.

#### **Art 16. Contrat et projet de pôle**

Le contrat de pôle est signé pour une durée de quatre ans entre le directeur et le praticien chef de pôle. Le trio de pôle (responsable médical, cadre administratif, et encadrement soignant) est associé à sa rédaction. Il est soumis à un avis préalable du président de la CME afin de vérifier la cohérence avec le projet médical. Il fait l'objet d'une concertation au sein du directoire.

Le contrat de pôle décrit les objectifs notamment en matière d'activité, de qualité des soins, ainsi que les moyens attribués au pôle. Il est assorti d'indicateurs de résultat, qui permettent d'évaluer la

réalisation de ces objectifs. Il définit le champ et les modalités de la délégation de gestion donnée au chef de pôle ainsi que les modalités d'intéressement.

Sur la base du contrat de pôle, le chef de pôle élabore un projet de pôle qui définit les missions et les responsabilités confiées aux services ainsi que l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

#### **Art 17. Encadrement du pôle**

Le chef de pôle exerce ses missions en lien avec le cadre administratif référent du pôle et le cadre supérieur de santé du pôle. Ce dernier apporte son expertise à la gestion du pôle et participe à la mise en œuvre du projet de pôle. Il exerce son autorité sur le personnel soignant, de rééducation et médicotechnique du pôle dont il a la charge, sous la responsabilité hiérarchique de la direction des soins.

Le cadre administratif référent apporte son expertise à la gestion du pôle en particulier dans le traitement des informations nécessaires à la mise en œuvre et au suivi du contrat et des projets du pôle.

#### **Art 18. Responsables des structures internes aux pôles**

Les structures internes aux pôles (services ou unités fonctionnelles) sont créées, modifiées ou supprimées par décision du directeur prise après concertation du directoire, après avis du chef de pôle et du président de la CME.

Le directeur nomme les responsables des structures internes, services, ou unités fonctionnelles, sur proposition du chef de pôle après avis du président de la CME. La nomination peut se faire après une audition du candidat en directoire.

Les chefs de service assurent la conduite générale du service ou de l'unité dont ils sont en charge, la mise en œuvre des missions assignées et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien. Ils élaborent un projet de service qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Le chef de service gère le temps médical de son équipe. Il est par ailleurs garant de l'encadrement des étudiants en médecine. Le chef de service peut déléguer des missions à des médecins de son équipe, missions explicitées dans un organigramme.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle par décision du directeur, après avis du président de la CME et du chef de pôle.

En cas de vacance de fonctions de responsable de structure interne et pendant le temps nécessaire à la nomination d'un nouveau responsable, le directeur peut désigner un praticien de l'hôpital pour exercer provisoirement ces fonctions sur proposition du chef de pôle.

#### **Art 19. Nomination et affectation des praticiens hospitaliers**

La nomination des praticiens hospitaliers à temps plein et praticiens des hôpitaux à temps partiel au sein de l'hôpital est prononcée sur proposition du directeur par arrêté du directeur général du

CNG. Leur affectation est prononcée par le directeur sur un poste vacant du pôle d'activités, sur proposition du chef de pôle et du président de la CME.

#### **Art 20. Gérance de la pharmacie à usage intérieur**

La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement et a pour missions :

- d'assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositions de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits, dispositifs médicaux stériles, objets et médicaments expérimentaux ou auxiliaires mentionnés dans le CSP, et d'en assurer la qualité ;
- de mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé et de concourir à la qualité des soins en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins et en y associant le patient ;
- d'entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

La gérance de la PUI est assurée par un pharmacien nommé comme chef de service. Celui-ci est responsable du respect des dispositions réglementaires ayant trait à l'activité pharmaceutique. Le pharmacien chargé de gérance peut, pour certaines activités précises, formaliser des délégations de gestion avec les pharmaciens adjoints du service.

Les pharmaciens exercent avec des personnes autorisées (préparateurs en pharmacie hospitalière) ainsi qu'avec d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont affectés à la PUI à raison de leurs compétences pour remplir les missions de la pharmacie. Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.

#### **Art 21. Soins infirmiers, de rééducation et médicotchniques**

La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotchniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médicotchniques, membre de l'équipe de direction. Il est dénommé « coordonnateur général des soins, directeur des soins ».

Dans ses fonctions de coordonnateur général des soins, il préside la CSIRMT. A ce titre, il est membre du directoire au sein duquel il a une mission de conseil et de participation à la décision.

Le directeur des soins coordonne l'organisation, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotchniques en s'assurant de la continuité des soins et de la cohérence des parcours de soins des patients.

Il est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins.

Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il contribue au recrutement, à la formation et à la gestion des personnels, autres que médicaux. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au sein des pôles.

Les cadres supérieurs de santé, en tant que cadre soignant de pôle, assurent des missions d'organisation, de planification et de coordination des activités de soins et médicotchniques du pôle.

Ils assurent le management d'une équipe de cadres de proximité et contribuent à la gestion médico économique du pôle en collaboration avec le chef de pôle.

Ils participent à la circulation de l'information au sein des équipes.

Les cadres de santé paramédicaux assurent l'encadrement des équipes paramédicales. Ils organisent les activités de soins au sein du service et contrôlent la qualité des soins, la prise en charge des patients et autres prestations associées.

Les professionnels de santé infirmiers, de rééducation et médico techniques diplômés d'Etat exercent les actes professionnels relevant de leurs compétences dans le respect de la réglementation en vigueur.

Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture donnent des soins d'hygiène générale aux patients et personnes hébergées, à l'exclusion de tout soin médical. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité, suivant le cas, des infirmiers et des sages-femmes, dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur diplôme et de leur formation.

Les agents de bionettoyage ont vocation à réaliser des opérations d'entretien et de nettoyage de surfaces et de locaux de soins qui contribuent à lutter contre les infections nosocomiales. Ils participent également à des activités d'hôtellerie et de restauration dans leur domaine de compétences.

La prise en charge rééducative et médico technique des patients est assurée par des professionnels qualifiés disposant des Diplômes d'Etat (DE) et des compétences requises. Ils coordonnent leurs interventions avec les personnels soignants et contribuent à la qualité et à la sécurité des soins dans leurs domaines d'activité.

#### **Art 22. Internes en médecine, en odontologie et en pharmacie**

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

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

Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

Les internes participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent dans le cadre de leur formation. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leurs sont fixées.

Les internes logés dans des locaux appartenant à l'hôpital doivent respecter la réglementation spécifique à ces hébergements.

### **Art 23. Etudiants des écoles paramédicales**

Les étudiants des écoles paramédicales participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des cadres paramédicaux et des professionnels maîtres de stage. Ils sont soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation ainsi qu'au règlement intérieur de l'établissement d'accueil.

Les étudiants en soins infirmiers contribuent, dans le cadre de leur stage, à la prise en charge des malades et à la réalisation des soins qui leur sont confiés, en fonction de leur niveau de formation et des objectifs de stage. Ils suivent des enseignements pratiques dispensés au sein du Centre hospitalier et des enseignements théoriques organisés par les écoles paramédicales. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

### **Art 24. Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**

La politique qualité est un élément essentiel du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité. Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels et sa mise en œuvre constitue un élément de leur évaluation professionnelle.

La direction en charge de la qualité recense les différentes démarches d'amélioration menées dans l'ensemble des services de l'institution, impulse les nouvelles démarches rendues obligatoires ou nécessaires, sélectionne des thèmes prioritaires déterminés par les plans d'actions d'amélioration de la qualité résultant des auto-évaluations, visites de certification, des résultats de l'écoute des usagers développée au sein de l'établissement, et des avis et propositions émis par la commission des usagers.

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

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

### **Art 25. Coordination des soins dispensés aux malades**

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients.

Le partage entre les professionnels des équipes de soins de l'hôpital des informations relatives à une même personne prise en charge est soumis à la condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

### **Art 26. Permanence des soins**

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux ainsi que la sécurité des patients hospitalisés ou admis en urgence.

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

-assurent le service quotidien de jour, du matin et de l'après-midi, du lundi au samedi matin inclus (visite médicale quotidienne, examens et soins des patients hospitalisés, soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et autres produits relevant des pharmaciens)

-participent au service des samedi après-midi, dimanche et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés.

Les tableaux de service prévisionnels et réalisés sont communiqués par le chef de service à la Direction des Ressources Humaines (DRH) mensuellement.

La Commission chargée de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) définit annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité.

L'organisation de la permanence pharmaceutique relève du pharmacien gérant de la PUI en accord avec le chef de pôle.

## CHAPITRE 2. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

### Section 1. Règles fondées sur le respect du patient

#### **Art 27. Devoir d'information du public<sup>1</sup>**

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles énoncées dans les articles suivants.

#### **Art 28. Secret professionnel<sup>2</sup>**

Institué dans l'intérêt des patients, le secret professionnel s'impose à tous. Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein de l'hôpital. Le secret couvre tout ce qui est porté à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Le secret est un principe fondamental. Il ne peut y être dérogé que dans les cas de déclarations aux autorités compétentes prévus par la loi :

- la déclaration de naissance ;
- le certificat de décès ;
- la déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret ;
- la déclaration des infections sexuellement transmissibles ;
- 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 placement d'un majeur sous sauvegarde de justice ;
- la déclaration de l'état dangereux des alcooliques ;
- le certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge ;
- la déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication, pour les patients toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique.

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les trois cas suivants :

- pour informer les autorités judiciaires, médicales et administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- pour porter à la connaissance du procureur de la République et en accord avec la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises ;
- pour porter à la connaissance du procureur de la République un danger immédiat relevant de violences conjugales.

Les fonctionnaires en exercice au sein du CHICAS doivent informer les autorités judiciaires des crimes et des délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent également informé le directeur.

---

<sup>1</sup> Référence juridique : article 27 de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

<sup>2</sup> Références juridiques : article L1110-4 du CSP, article 4 du code de la déontologie, articles 226-13 et 226-14 du code Pénal et article 40 du code de procédure pénale.

### **Art 29. Obligation de discrétion professionnelle<sup>3</sup>**

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels de l'hôpital 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.

La discrétion professionnelle couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

Cette obligation de discrétion professionnelle se traduit notamment par l'interdiction de diffuser des images et vidéos prises au sein du CHICAS.

### **Art 30. Devoir général de réserve, respect de la liberté de conscience et d'opinion**

Tout agent, personnel médical ou non médical, doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il est tenu, dans l'exécution de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, visiteurs et agents de l'établissement.

La diffusion de toute information, son ou image impliquant le CHICAS sur les réseaux sociaux et autres médias n'est pas autorisée. En cas de non-respect, le CHICAS donnera des suites pour atteinte à la vie privée ou à l'image de l'hôpital.

Le personnel est tenu à une stricte confidentialité vis-à-vis de tous les éléments qui concernent la vie hospitalière.

Sans restreindre la liberté d'expression garantie aux professionnels, la liberté de conscience et d'opinion des patients est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ou leurs familles. Aucune marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique n'est acceptée sur les lieux de travail.

Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

### **Art 31. Respect du confort des patients**

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients, dont ils ont la charge.

---

<sup>3</sup> Référence juridique : article 26 de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux hospitaliers. Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit (tout particulièrement la nuit) dans les services de soins. Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

### **Art 32. Usage du téléphone portable**

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

### **Art 33. Exigence d'une tenue correcte**

*Procédure : PCPP0113-RESP0049*

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

Les personnels dont les fonctions le nécessitent doivent porter les tenues adaptées fournies par l'établissement. Les tenues de travail demeurent la propriété de l'hôpital et leur perte ou leur dégradation peut donner lieu à facturation. Elles sont changées quotidiennement et chaque fois qu'elles sont souillées.

Les personnels ne sont pas autorisés à sortir de l'enceinte des sites en tenue, ni à aller au self en tenue, ni à réaliser l'entretien de leur tenue à domicile, sauf dispositions contraires spécifiques.

### **Art 34. Identification vis-à-vis des interlocuteurs**

Afin de se faire connaître des patients et de leurs familles, sauf exceptions décidées par le directeur, les personnels de l'hôpital en contact avec les patients ou le public portent en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur nom, prénom et qualité.

L'identification de la qualité de chaque professionnel s'effectue aussi par le port des tenues fournies par l'établissement qui sont adaptées aux emplois et secteurs d'activité. Enfin, au-delà de la tenue de travail et du badge, il est vivement recommandé à chacun de se présenter et indiquer sa fonction par oral aux patients et visiteurs à l'occasion d'un premier contact.

### **Art 35. Accueil et respect du libre choix des familles**

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance. Sous peine de sanctions, le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire ou à un opérateur funéraire : les listes des entreprises agréées par la préfecture leur sont communiquées.

De même, les personnels de l'hôpital s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé.

## Section 2. Autres règles de comportement professionnel

### **Art 36. Obligation de désintéressement<sup>4</sup>**

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

S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'administration afin de lui permettre de gérer le risque de conflits d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise.

Sont applicables dans ce domaine des sanctions disciplinaires et pénales.

### **Art 37. Interdiction d'exercer une activité privée lucrative<sup>5</sup>**

Les personnels de l'hôpital sont tenus de se consacrer uniquement à leurs fonctions.

Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature que ce soit.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération ainsi que sur l'activité libérale des praticiens temps plein, ceci conformément aux textes en vigueur notamment les articles L. 121-1 à L. 125-3 du Code général de la Fonction Publique, le Décret n°2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique et l'Arrêté du 4 février 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique.

### **Art 38. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces**

Il est interdit aux personnels de l'établissement de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant les prestations, produisant ou commercialisant les produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés. Cette interdiction générale ne concerne pas non plus des dons offerts collectivement à une équipe, à un ou plusieurs services hospitaliers, ou effectués dans le cadre de la politique de mécénat de l'établissement.

---

<sup>4</sup> Référence juridique : article 25 bis de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifié par la Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires.

<sup>5</sup> Références juridiques : article 34 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique ; décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique ; décret n° 2020-37 du 22 janvier 2020 modifiant le décret n° 2016-1967 du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de transmission d'une déclaration d'intérêts prévue à l'article 25 ter de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Les agents ne peuvent accepter des patients ou de leur famille aucune rémunération (« pourboire ») liée à l'exécution de leur service.

#### **Art 39. Exécution des instructions reçues<sup>6</sup>**

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

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

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. L'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

#### **Art 40. Assiduité et ponctualité<sup>7</sup>**

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier. Il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national.

Toute absence prévue, y compris pour événements familiaux, quel qu'en soit le motif, doit avoir fait l'objet d'une autorisation, faute de quoi l'agent peut être considéré en situation d'absence irrégulière. Cette autorisation doit être sollicitée auprès du supérieur hiérarchique direct.

Au cas où l'agent connaîtrait un empêchement imprévu dont il puisse se justifier, il le signale dans les plus brefs délais à son responsable et à la direction des ressources humaines.

Les justificatifs devront être remis à la direction des ressources humaines dans un délai de 48 heures. Si ce délai est dépassé, l'agent est informé par courrier du retard constaté et de la réduction de traitement à laquelle il s'expose en cas de nouvel envoi tardif dans les 24 mois suivants.

#### **Art 41. Information du supérieur hiérarchique**

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

#### **Art 42. Utilisation des véhicules**

L'hôpital met des véhicules de service à disposition de ses salariés dans le cadre de leurs déplacements professionnels. Une réservation préalable doit être réalisée auprès du garage.

Les véhicules sont entretenus et contrôlés sous la responsabilité de l'hôpital, qui assure également la fourniture du carburant.

---

<sup>6</sup> Référence juridique : article 28 de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

<sup>7</sup> Référence juridique : décret n°2014-1133 du 03.10.2014 relatif à la procédure de contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires.

En cas d'une nécessité de faire le plein de carburant lors d'un déplacement vers les établissements extérieurs à nos départements, une carte autoroute de la marque Total est à disposition afin de se ravitailler dans une station de la marque Total. Le ticket doit alors être rangé dans la pochette de la carte.

Tout dommage ou problème constaté sur le véhicule doit être signalé au garage. Lors de l'emprunt d'un véhicule, l'emprunteur doit signaler tous problèmes faute de quoi il pourrait être tenu pour responsable de la dégradation constatée.

Les éventuelles contraventions sont à la charge personnelle de l'emprunteur. L'hôpital ne peut les prendre en charge, il a l'obligation de donner les coordonnées de la personne afin que cette dernière assume à titre personnel les conséquences de l'infraction.

Les utilisateurs des véhicules doivent remplir un cahier de bord, notamment pour établir les responsabilités individuelles en cas de sinistre ou de contravention.

Tout véhicule emprunté ne peut être pris au plus tôt que le matin et ne peut être rendu au plus tard que le soir-même.

#### **Art 43. Obligation de signalement des incidents ou risques**<sup>8</sup>

Tout professionnel qui a connaissance soit d'une infection associée aux soins dont les infections nosocomiales soit tout évènement indésirable grave inattendu associé à des soins (matériel, médicaments, produit sanguin, etc.) est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie concernée.

Tout professionnel qui a connaissance d'un évènement indésirable est tenu de le signaler via l'outil mis en place dans l'établissement. Il adresse son signalement, selon les procédures définies et en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'évènement déclaré, à l'attention de la direction de la qualité.

#### **Art 44. Témoignage en justice ou auprès des forces de l'ordre**<sup>9</sup>

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

#### **Art 45. Bon usage des biens de l'hôpital**

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'hôpital.

Ce dernier est amené à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

---

<sup>8</sup> Référence juridique : décret 2017-129 du 3 février 2017 et article L.1413-14 du CSP.

<sup>9</sup> Référence juridique : article 11 de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

#### **Art 46. Bonne utilisation du système d'information et de la messagerie de l'établissement**

Chaque agent doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système d'information définies par la politique de sécurité du système d'information du CHICAS.

Les technologies de l'information et de la communication sont à usage exclusivement professionnel.

#### **Art 47. Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés dans l'hôpital**

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

Tout bien découvert ou trouvé au sein de l'hôpital est directement remis au standard où sera organisée sa conservation et sa restitution (les modalités étant détaillées dans la *procédure de mise en dépôt ou non de biens des personnes hospitalisées ou hébergées*, Réf : RES\_P\_0007).

#### **Art 48. Respect des règles d'hygiène et de sécurité<sup>10</sup>**

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

Tous les personnes intervenant dans les services de soin et médico-techniques doivent notamment avoir des ongles courts, sans faux ongles ni résine, ni vernis et ne porter aucun bijou aux mains (y compris montre ou alliance), y compris les médecins et autres personnels d'encadrement.

Ces derniers sont de plus chargés d'y veiller au quotidien et de montrer l'exemple. Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers.

Les agents se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leur emploi (visite médicale périodique, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, respect des procédures de sécurité et port des Equipements de Protection Individuels (EPI)).

#### **Art 49. Restaurant du personnel**

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas de midi sur place dans un lieu spécialement réservé à cet effet sur chaque site composant l'hôpital.

Le port de la tenue professionnelle n'est pas autorisé au restaurant du personnel (exception : personnes du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) / Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), qui peuvent être appelés à tout moment).

#### **Art 50. Horaires de travail<sup>11</sup>**

Les horaires de travail des personnels sont établis dans le respect des dispositions générales réglementaires et locales relatives à la durée du travail.

---

<sup>10</sup> Référence juridique : article 231-8 du code du travail.

<sup>11</sup> Références juridiques : Décret n°2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Pour les personnels non médicaux, le guide de gestion du temps de travail est publié dans l'établissement.

Pour les personnels médicaux, les dispositions du CSP sont applicables.

Les professionnels sont tenus de se conformer aux horaires de travail.

#### **Art 51. Positionnement des congés<sup>12</sup>**

Tous les agents de l'hôpital sont invités à positionner leurs congés avant le 31/03 sur l'année afin de faciliter et fluidifier les organisations. Une note de service est réalisée chaque année par la DRH relativement aux modalités de programmation des congés annuels et Réductions Temporaires de Travail (RTT), pour le personnel médical et non médical.

#### **Art 52. Substances psychoactives et travail**

Conformément aux instructions qui lui sont données par le chef d'établissement, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail.

Il est interdit à toute personne d'introduire ou de distribuer toutes substances psychoactives (alcool, cannabis, etc.).

Il est interdit à toute personne de laisser entrer ou séjourner dans l'établissement des personnes en état d'ivresse, à l'exception des patients.

Un état d'ivresse est suspecté lorsque plusieurs signes sont constatés tels que troubles de l'élocution, de l'équilibre, du comportement (excitation ou prostration), refus des règles de sécurité, odeur spécifique de l'haleine alcoolisée, détention ou consommation d'alcool.

Le directeur a la possibilité de réaliser des contrôles en cas de suspicion d'état d'ébriété ou d'état d'emprise de stupéfiants.

#### **Art 53. Lutte contre le harcèlement moral en milieu professionnel<sup>13</sup>**

Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de qui que ce soit, supérieur ou collègue de travail, qui ont pour effet ou pour objet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération : le fait qu'il ait subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement moral visés ci-dessus ; le fait qu'il ait exercé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces agissements ; Ou bien, le fait qu'il ait témoigné de tels agissements ou les ait relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire, tout agent ayant procédé aux agissements définis ci-dessus.

---

<sup>12</sup> Référence juridique : article 2 du Décret 2002-8 du 4 janvier 2002.

<sup>13</sup> Références juridiques : Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et la loi du 3 janvier 2003 ; Ordonnance n°2017-1387 du 22 septembre 2017.

#### **Art 54. Lutte contre le harcèlement sexuel en milieu professionnel**<sup>14</sup>

Le harcèlement sexuel est défini par le code pénal comme étant « le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ».

Toute situation relevant de la définition précédemment citée doit faire l'objet d'un signalement sans délai à la direction des ressources humaines.

Est passible d'une sanction disciplinaire, tout agent ayant procédé aux agissements définis ci-dessus.

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard du fonctionnaire en prenant en considération :

- le fait qu'il a subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement de toute personne dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers ;
- le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes
- le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

---

<sup>14</sup> Références juridiques : Loi n°92-1179 du 2 novembre 1992 « Relative à l'abus d'autorité en matière sexuelle dans les relations de travail » ; Loi du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel.

### Section 3. Droit des professionnels

#### **Art 56. Liberté d'opinion<sup>15</sup>**

La liberté d'opinion est garantie à l'ensemble du personnel dans sa vie privée mais est limitée dans l'exercice des fonctions par l'obligation de réserve.

Aucune distinction, directe ou indirecte ne peut être faite entre les agents en raison de leur opinion politique, syndicale, philosophique ou religieuse, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leur apparence physique, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.

Toutefois, des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard du fonctionnaire en prenant en considération :

- le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus ;
- le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

#### **Art 57. Parité<sup>16</sup>**

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe.

#### **Art 58. Droit syndical<sup>17</sup>**

Les organisations syndicales représentées au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière (CSFPH) ou représentatives dans l'établissement sont, en outre, autorisées à tenir des réunions mensuelles d'information d'une heure auxquelles peuvent participer les agents pendant leurs heures de service. Une même organisation syndicale peut regrouper ses heures mensuelles d'information par trimestre. Leur tenue ne peut aboutir à ce que les autorisations spéciales d'absence accordées aux agents désirant y assister excèdent douze heures par année civile, délais de route non compris.

Sont considérées comme représentatives dans l'établissement les organisations syndicales disposant d'au moins un siège au sein du comité technique d'établissement.

---

<sup>15</sup> *Références juridiques : article 6 de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifié par la Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires.*

<sup>16</sup> *Références juridiques : article 6 bis la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifié par la Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.*

<sup>17</sup> *Références juridiques : les articles 8, 8 bis et 9 de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, pour certains modifiés par la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires ; la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; le Décret n° 86-660 du 19 mars 1986 modifié relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements.*

Les autorisations d'absence pour participer aux réunions d'information susmentionnées doivent faire l'objet d'une demande adressée à l'autorité compétente trois jours avant ; elles sont accordées sous réserve des nécessités du service.

Pendant la période de six semaines précédant le jour du scrutin organisé pour le renouvellement d'une ou plusieurs instances de concertation, les agents concernés peuvent assister à une réunion d'information spéciale dont la durée ne peut excéder une heure par agent. Cette réunion spéciale peut être organisée par toute organisation syndicale présentant des candidats à l'élection considérée.

#### **Art 59. Droit de grève<sup>18</sup>**

Les personnels disposent du droit de grève sous réserve que la continuité du service public soit assurée. La détermination des effectifs nécessaires dans les services devra se faire en tenant compte notamment des effectifs de week-end, de la sécurité des patients et de la préservation des matériels et des bâtiments.

Dans les établissements de la fonction publique hospitalière, un service minimum est établi pour assurer un seuil normal de sécurité. Le service minimum doit résulter de la négociation entre le chef de l'établissement et les organisations syndicales représentatives.

S'agissant de l'organisation d'un service minimum en cas de grève, il convient de se rapporter à la détermination d'un seuil de sécurité propre à chaque type d'établissement.

Un délai de préavis de cinq jours francs doit être respecté avant le début de la grève. Les assignations pour assurer la continuité de service doivent être faites 24 heures avant le début de la grève.

Les assignations se font par courrier, signé par le ou la directrice générale ou son ou sa délégataire.

Ce courrier doit être remis en main propre contre signature. Ne sont pas valables les assignations par téléphone, sur répondeur, par e-mail, via un collègue, ou un courrier déposé dans le service en absence de l'agent. La retenue de traitement pour jour de grève se fonde sur le constat d'absence du service fait.

#### **Art 60. Droit à la protection dans l'exercice de ses fonctions<sup>19</sup>**

L'hôpital assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

L'agent est également protégé dans le cas d'une faute commise à la condition qu'elle ne présente pas les caractéristiques d'une faute personnelle détachable du service.

#### **Art 61. Protection de la santé des femmes enceintes travaillant au CHICAS<sup>20</sup>**

La femme enceinte bénéficie d'un suivi médical renforcé, centré sur la prévention des risques associés à son activité et à son environnement de travail.

Outre la fourniture par l'employeur, à l'ensemble des personnels, de conditions de travail favorables au développement de la santé et de la sécurité au travail, les femmes enceintes bénéficient ou

---

<sup>18</sup> Référence juridique : article 10 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

<sup>19</sup> Références juridiques : article 11 de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifié par la Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires ; Décret n° 2017-97 du 26 janvier 2017 relatif aux conditions et aux limites de la prise en charge des frais exposés dans le cadre d'instances civiles ou pénales par l'agent public ou ses ayants droit.

<sup>20</sup> Référence juridique : note d'information N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2018/67 du 9 mars 2018 relative à la protection de la santé des femmes enceintes exerçant dans les établissements publics sanitaires, sociaux ou médico-sociaux.

peuvent bénéficier, sur accord du chef d'établissement, d'aménagements génériques de leurs conditions de travail.

Sous réserve des nécessités de service, les employeurs publics peuvent accorder aux agentes publiques des autorisations d'absence pour les actes médicaux nécessaires à l'Assistance Médicale à la Procréation (PMA). L'agent public, conjoint de la femme bénéficiant d'une PMA, peut, sous réserve des nécessités de service, bénéficier d'une autorisation d'absence pour assister à trois au plus de ces actes médicaux obligatoires.

## **CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS**

### **Section 1. Accueil, consultations et admissions**

#### **Art 62. Principes du libre choix du patient<sup>21</sup>**

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits et en personnel. Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, ce droit s'exerce également dans le respect du principe de sectorisation et de la réglementation relative aux soins sans consentement.

Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un professionnel de santé ou la présence d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement de l'établissement.

#### **Art 63. Droit à la prévention et aux soins**

Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au traitement de la douleur ainsi qu'à des soins palliatifs et un accompagnement en fin de vie, sans aucune discrimination.

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions requises, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées.

Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Ces actes ne doivent pas aussi être réalisés dans une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris dans les conditions réglementairement prévues, afin de sauvegarder la dignité du mourant et d'assurer la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs.

#### **Art 64. Accès aux soins aux personnes démunies**

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent à l'hôpital. Le CHICAS a mis en place une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) adaptée aux personnes en

---

<sup>21</sup> Référence juridique : article L.1110-8 du CSP.

situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

#### **Art 65. Accueil des patients**

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir, de jour comme de nuit, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients 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 du CHICAS est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il donne aux patients 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.

#### **Art 66. Livret d'accueil et évaluation de la satisfaction<sup>22</sup>**

Il est donné à tout patient admis en hospitalisation au sein du CHICAS un livret d'accueil qui contient les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du centre hospitalier, ainsi que les droits et devoirs des patients.

Le patient est invité à exprimer son opinion sur les conditions de son séjour et reçoit un questionnaire sur lequel il peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions.

Tout patient reçoit un questionnaire de sortie destiné à recueillir ses appréciations et observations.

Le CHICAS participe également à la démarche de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés proposée par le Ministère en charge de la santé. Le dispositif e-Satis permet l'envoi automatisé d'un mail au patient contenant un lien unique, individuel et sécurisé pour se connecter au questionnaire e-Satis en ligne.

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande. Les noms et coordonnées des représentants des usagers sont présents :

-sur le site du CHICAS : <https://www.chicas-gap.fr/patient-visiteur/droits-patient/respect-droits-patient> ;

-sur le livret d'accueil (qui est également publié sur le site : <https://www.chicas-gap.fr/patient-visiteur/livret-accueil>) ;

-sur l'annuaire publié sur le site de l'ARS : <https://sante-paca.fr/representant/annuaire/>.

#### **Art 67. Compétence du directeur en matière d'admission<sup>23</sup>**

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le directeur ou son représentant, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'hôpital.

#### **Art 68. Pièces à fournir au moment de l'admission<sup>24</sup>**

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. Ces démarches permettent d'assurer la sécurité du suivi médical et la prise en charge financière des frais d'hospitalisation.

---

<sup>22</sup> Référence juridique : article L.1112-2 du CSP.

<sup>23</sup> Références juridiques : articles R 1112-11 et R 1112-11-12 du CSP.

<sup>24</sup> Références juridiques : articles R 1112-11 et R 1112-11-12 du CSP.

A cet effet, le malade ou son représentant doit présenter à l'agent chargé de l'accueil administratif l'ensemble des pièces nécessaires (carte vitale, attestation mutuelle, pièce d'identité, etc.) à la constitution du dossier. D'autres documents peuvent être demandés au moment de la constitution du dossier administratif.

#### **Art 69. Admission à la demande du médecin traitant ou post consultation**

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde, 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 du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin hospitalier concerné et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

Pour l'admission en urgence des personnes âgées hébergées en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), la fiche ou le dossier de liaison doit également être transmis.

#### **Art 70. Admission programmée**

L'admission peut être programmée. Afin de réaliser sa préadmission, le patient est invité à se rendre au bureau des entrées où lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

Lorsqu'il se présente au bureau des entrées muni de son passeport chirurgical, de sa carte d'assuré social, de sa carte nationale d'identité et de sa complémentaire santé, le patient peut réaliser les formalités administratives liées à son hospitalisation programmée et se rendre directement en service le jour de son admission.

#### **Art 71. Admission directe**

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers une structure médicale 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.

#### **Art 72. Transfert<sup>25</sup>**

Lorsqu'un médecin ou un interne constate que l'état d'un patient ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein de l'hôpital ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, le directeur, ou son représentant, doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin de la structure ayant en charge le patient 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 patient dans un établissement adapté à son état de santé.

---

<sup>25</sup> Référence juridique : Loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé et codifié à l'article L. 1110-8 du code de la santé publique.

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

Lorsque le patient requiert une spécialité existante dans l'établissement mais qu'il souhaite être pris en charge dans un autre établissement, le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé s'applique en tant que principe fondamental de la législation sanitaire. Les patients doivent organiser leur transfert. Les coûts de transport sont dans ce cas précis à la charge du patient.

#### **Art 73. Consultations externes**

Des consultations médicales et paramédicales sont organisées au sein de l'établissement pour les patients externes. La liste, la localisation et les horaires de ces consultations sont accessibles au public, notamment sur le site internet de l'hôpital.

Le directeur établit et tient à jour, en accord avec les responsables de pôle d'activités 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 professionnels exerçant au sein du CHICAS 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 d'assurer le bon fonctionnement de ces consultations en s'assurant de l'attention apportée à l'accueil des consultants, tout particulièrement sur le plan des rendez-vous et des délais d'attente.

#### **Art 74. Tarif des consultations externes**

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année. Ils sont affichés à la vue du public.

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la Sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie sur présentation de la carte Vitale ou de l'attestation de la carte vitale. Cette procédure les dispense de faire l'avance des frais.

En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers ayant conclu une convention de tiers payant avec l'hôpital, ils doivent payer le ticket modérateur et les autres sommes restant éventuellement à leur charge.

Les personnes dépourvues de ressources suffisantes sont orientées vers la PASS, ou vers le service social hospitalier, qui les assisteront si nécessaire pour accéder à la consultation.

#### **Art 75. Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CEGIDD)**

Afin d'assurer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, leurs traitements préventifs ainsi que l'accompagnement des patients dans la

recherche de soins appropriés, l'hôpital dispose d'un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic.

Ce centre, habilité par le directeur général de l'ARS, propose notamment, à toute personne qui se présente, une consultation médicale d'information et de conseil, les tests sérologiques de dépistage de l'infection par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ainsi qu'une consultation de remise des résultats. Toutes les prestations dispensées par le centre d'information, de dépistage et de diagnostic sont gratuites.

#### **Art 76. Structures alternatives à l'hospitalisation**

Les structures alternatives à l'hospitalisation comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire et les structures dites d'hospitalisation à domicile.

Les prestations dispensées par ces structures se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles sont adaptées aux besoins des patients et ont pour objet de leur éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

#### **Art 77. Hospitalisation à domicile**

Le service d'Hospitalisation A Domicile (HAD) de l'établissement permet d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Le service d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique déterminée.

L'admission d'un patient au sein du service d'hospitalisation à domicile et sa sortie sont prononcées par le directeur après avis d'un médecin coordonnateur chargé de son fonctionnement médical. L'admission est effectuée dans les limites de la capacité d'accueil du service.

#### **Art 78. Activité libérale des médecins<sup>26</sup>**

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein peuvent être autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale dans les conditions définies par le CSP. Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médicotecniques.

#### **Art 79. Service public hospitalier et activité libérale**

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein de l'hôpital. Dans certaines spécialités le patient peut toutefois être pris en charge, sur sa demande et avec l'accord du médecin intéressé, dans le cadre de l'activité libérale des médecins exerçant à temps plein, lorsque ceux-ci y sont autorisés.

Cette prise en charge ne peut résulter que d'une demande expresse du patient, exprimée en l'absence de toute sollicitation, quelle qu'en soit la forme.

---

<sup>26</sup> *Références juridiques : articles R1112-21 à R1112-23 du CSP.*

Le patient qui souhaite être pris en charge au titre de l'activité libérale doit recevoir au préalable du praticien concerné, les indications sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment quant à la tarification et aux conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie. Les jours, les heures d'ouverture et le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Lorsque le patient opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant. Aucun patient ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein de l'hôpital, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il l'a été préalablement dans le cadre de l'activité libérale.

Les prestations non médicales liées à l'activité libérale ainsi que leurs tarifs sont ceux du secteur public, mais le patient doit verser des honoraires en sus au médecin. Le montant de ses honoraires est fixé par entente directe entre le patient et le médecin.

Le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire de l'administration. Aucun lit ni aucune installation médicotechnique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

La Commission de l'Activité Libérale (CAL) est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concerne. Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur de l'ARS, le directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), le président du conseil de surveillance, le président de la CME et le directeur ainsi que par tout praticien exerçant une activité libérale et désireux de lui soumettre une question relative à l'exercice de sa propre activité libérale.

Les informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui exercent à titre libéral au sein de l'hôpital sont accessibles au public via un affichage dans les salles d'attente.

## Section 2. Accueil et admission en urgence

### **Art 80. Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles<sup>27</sup>**

L'hôpital est doté d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE).

Ce plan permet de préparer l'établissement face à des risques liés à l'environnement extérieur (épidémies, attentats, catastrophes naturelles) et liés à un incident interne ou à une défaillance du fonctionnement de la structure elle-même (panne électrique, incendie, rupture d'approvisionnement, numérique, etc.)

La mise en place de la gestion de la situation de crise repose sur une graduation à deux niveaux :

-Niveau 1 : Plan de mobilisation interne.

Ce niveau correspond à la gestion des tensions ou des situations avérées potentiellement critiques sans toutefois mettre l'établissement en difficultés à court terme dans son fonctionnement courant. Cela se traduit par la mise en place d'une Cellule de Crise Hospitalière (CCH) restreinte.

-Niveau 2 : Plan Blanc.

Il correspond à la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par une CCH structurée.

Sur le CHICAS, deux plans blancs sont élaborés : un pour le site de Gap et un pour le site de Sisteron.

### **Art 81. Cas d'urgence survenant à proximité de l'hôpital**

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

En règle générale, dès que l'urgence est signalée, deux types de mesures doivent simultanément être mises en œuvre :

-l'alerte des services chargés de l'aide médicale urgente (SAMU, SMUR) ;

-l'envoi sur les lieux d'une équipe chargée de donner les premiers soins, d'apprécier la gravité de la situation, de prendre toutes les mesures de protection nécessaires avant l'arrivée des services compétents et de transmettre à ces derniers le bilan et les besoins constatés.

### **Art 82. Accueil et admission en urgence<sup>28</sup>**

Le directeur prend toutes les mesures, si l'état d'un patient réclame des soins urgents, pour que ces soins soient assurés au sein de l'établissement, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement en inconnu, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

---

<sup>27</sup> Références juridiques : articles L.3110-7 et L.3110-8 du CSP.

<sup>28</sup> Références juridiques : articles R 1112-13 à R 1112-16 du CSP.

Lorsqu'un patient dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état, refuse de quitter l'hôpital, il peut être, selon le cas, sur certificat médical établi par un médecin qui l'a examiné ou soigné, soit reconduit à la sortie de l'hôpital, soit adressé à un organisme à caractère social.

Chaque dysfonctionnement constaté dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients en urgence doit faire l'objet d'une fiche d'évènement indésirable pour analyse.

#### **Art 83. Information des familles des patients hospitalisés en urgence**<sup>29</sup>

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue par l'hôpital. Que le patient ait été conduit au sein de l'établissement par le SAMU, les pompiers, les forces de l'ordre ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles. 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 établissement 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 par un médecin.

#### **Art 84. Inventaire à l'admission**<sup>30</sup>

Dans les cas où le patient est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé aux urgences (sauf urgence vitale) et dans l'unité de soins d'accueil puis est signé sans délai par deux agents de l'hôpital habilités à le faire et par un accompagnant le cas échéant.

L'inventaire est ensuite classé au dossier du patient. Les objets de valeur détenus par le patient sont remis au régisseur. Ces derniers sont inscrits sur le registre des dépôts.

Dès que son état le permet, le patient obtient le reçu des objets pris en dépôt. Il lui est également remis une note d'information ayant pour objet :

- de lui donner connaissance des dispositions au régime des objets déposés ;
- de l'informer de la liste des objets qu'il est autorisé à conserver 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 inutiles à son hospitalisation et à les faire retourner à son domicile.

#### **Art 85. Patients amenés par les forces de l'ordre**

Lorsqu'un patient est amené par les forces de l'ordre et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe à l'hôpital de faire connaître auxdites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire de ces autorités.

---

<sup>29</sup> Référence juridique : article R.1112-15 du CSP.

<sup>30</sup> Références juridiques : Loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 et Décret n° 93-550 du 27 mars 1993 relatifs à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé.

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 patient 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 au CHICAS, en dehors de toute réquisition, une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière 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.

Une attestation signée du médecin ayant examiné la personne et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services. Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le directeur doit, au cas où la personne, alcoolique, est présumée dangereuse, la signaler aux autorités sanitaires.

### Section 3. Dispositions particulières à certains patients

#### **Art 86. Garde et protection des mineurs**

L'hôpital, lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, est investi à son égard d'un devoir de garde et de surveillance adapté à son état de mineur. À ce titre, il est tenu de prendre en charge les besoins du mineur, notamment au plan psychologique, et de provoquer les mesures de protection appropriées, lorsqu'elles s'imposent.

#### **Art 87. 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 l'un de ses parents ou son tuteur.

#### **Art 88. Admission des mineurs**

Les mineurs peuvent être admis dans les unités d'adultes, après avis des responsables des structures médicales concernées. Sauf circonstances particulières, un mineur ne peut pas partager sa chambre avec un adulte.

Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication des personnes titulaires de l'autorité parentale. Dans tous les cas, ces personnes doivent être tenues informées de l'admission dans les meilleurs délais. Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seules les personnes exerçant l'autorité parentale peuvent signer un refus d'admission.

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement, sauf application des dispositions du code de la santé publique.

#### **Art 89. Dévolution de l'autorité parentale**

Un acte usuel peut être pratiqué avec le consentement d'un seul des deux parents (une intervention bénigne par exemple, ne nécessitant pas d'autre anesthésie que strictement locale) chacun des parents étant alors réputé agir avec l'accord de l'autre à l'égard des tiers de bonne foi. Mais si les décisions à prendre sont essentielles pour la santé du mineur et à plus forte raison pour sa survie, il est nécessaire de recueillir l'accord du père et de la mère, qui exercent en commun l'autorité parentale.

À défaut d'exercice conjoint (cas de certains parents séparés par exemple) l'autorisation du seul parent titulaire de l'autorité parentale suffit, sous réserve du droit de l'autre à être tenu informé des choix importants relatifs à la vie de l'enfant. L'admission d'un mineur est prononcée, sauf en cas d'urgence, à la demande des père et mère, du tuteur légal ou de l'autorité judiciaire.

#### **Art 90. Mineurs présentés en urgence**

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des mineurs hospitalisés en urgence soit prévenue par l'hôpital. Si l'admission en urgence ne se révèle pas nécessaire et n'est pas prononcée, le mineur ne peut quitter l'hôpital que selon les règles de sortie d'un mineur.

### **Art 91. Actes médicaux et chirurgicaux d'urgence sur des mineurs**<sup>31</sup>

En cas de refus des parents ou de l'impossibilité de recueillir leur consentement, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du pôle peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents.

La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur et contresignée par le directeur et ce praticien.

Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure. Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

### **Art 92. Hospitalisation des mineurs**

Le directeur organise, avec l'accord des médecins responsables des structures médicales concernées, les modalités d'accompagnement des mineurs par leurs parents au cours de leur hospitalisation. Les parents ou toute autre personne qui s'occupe du mineur 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 patients.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, dès lors que leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès du mineur pendant son hospitalisation, les parents ou toute personne expressément autorisée 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.

Même si l'hospitalisation des enfants en service adulte doit demeurer l'exception, elle peut être envisagée en cas de prises en charge spécialisées non pédiatriques. L'admission en chambre partagée avec un adulte doit dans ce cas être interdite. Le mineur doit être accompagné d'un majeur en cas d'admission en secteur adulte.

### **Art 93. Admission des mineurs du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)**

L'admission d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance est prononcée à la demande de la structure.

Lorsque le patient relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur de l'hôpital adresse sous pli cacheté, dans les 48 heures de l'admission, au directeur du service

---

<sup>31</sup> *Références juridiques : article R. 1112-35, 3ème alinéa du CSP et article R. 1112-35, dernier alinéa du CSP.*

départemental de l'aide sociale à l'enfance le certificat confidentiel du médecin responsable de la structure médicale concernée indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

#### **Art 94. Autorisation de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation**

Des autorisations de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation. Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, leur mère ou leur tuteur. La personne titulaire de l'autorité parentale doit préciser à la direction de l'hôpital si le mineur peut quitter seul l'établissement ou s'il doit être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

#### **Art 95. Information des mineurs et consentement aux soins**

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Ceux-ci reçoivent l'information conformément aux dispositions sur le droit à la confidentialité des soins.

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité. Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision. Le médecin ne peut tenir compte de « directives anticipées » qui auraient été rédigées par une personne mineure.

#### **Art 96. Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation**

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction si le mineur peut quitter seul le CH ou s'il doit être confié à ce dernier ou 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 de l'autorité parentale ou du tiers que celle-ci a autorisé, des justifications sont exigées en tant que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement).

#### **Art 97. Mineurs en situation de rupture familiale**

Les mineurs dont les liens de famille sont rompus peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande et sur décision de l'autorité administrative de la complémentaire santé solidaire.

Dans ce cas, leur seul consentement est requis pour les décisions médicales les concernant.

#### **Art 98. 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 du CH, le directeur ou son représentant organise cette admission dans un autre établissement de santé assurant le service public hospitalier et pourvu d'un service de maternité.

### **Art 99. Secret de la grossesse et 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 et de son identité dans les conditions prévues par le code civil, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. Le directeur doit alors informer de cette admission le directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Les femmes désirant accoucher dans le secret sont informées des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire, des modalités de la levée du secret de leur identité et de la possibilité qu'elles ont à tout moment de donner leur identité sous pli fermé ou de compléter les renseignements qu'elles ont donnés au moment de la naissance.

Ces informations font l'objet d'un document écrit établi par le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Il doit être remis à la femme lors de l'accouchement ou lors de son séjour dans l'établissement. Ces formalités sont accomplies par les correspondants du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles au niveau du département, sous la responsabilité du directeur de l'établissement. À défaut, elles seront accomplies sous la responsabilité de ce directeur : l'hôpital sera dans ce cas tenu d'informer la patiente des conséquences juridiques relatives à un accouchement sous couvert de l'anonymat.

Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département où se trouve l'hôpital. Toutefois, cette prise en charge n'est pas de droit lorsque le nom du père ou de la mère de l'enfant figure dans l'acte de naissance établi dans le délai légal de cinq jours fixé par le code civil.

### **Art 100. Interruption volontaire de grossesse (IVG)**

Des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein de l'hôpital, agréé à cet effet, conformément aux dispositions de la loi. Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal doit être recueilli.

Toutefois, si la mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien préalable à l'intervention réalisé dans les conditions légales.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. Tous les frais afférents à l'intervention sont pris en charge par l'assurance maladie.

L'IVG est autorisée par la loi pour les femmes étrangères dans les mêmes conditions que pour les femmes de nationalité française, sans condition spécifique de durée et de régularité du séjour en France.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention dans les conditions réglementaires.

La loi réprime le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse en instituant des sanctions pénales à l'encontre de toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables qui y sont liés :

-soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès à l'hôpital, la libre circulation des personnes à l'intérieur du centre hospitalier 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 interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières.

#### **Art 101. Admission des militaires**

Les militaires, malades ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein du centre hospitalier, sauf en cas d'urgence ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire. 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. L'admission est prononcée sans formalité particulière. Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est transféré vers l'hôpital militaire le plus proche.

#### **Art 102. Admission des victimes de guerre**

Les personnes concernées par le 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 du centre hospitalier pendant la durée de leur hospitalisation.

#### **Art 103. Information et consentement des majeurs sous tutelle**

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information sont exercés par le tuteur. Celui-ci reçoit l'information. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur faculté de discernement. Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

#### **Art 104. Prise en charge des majeurs protégés**

Conformément aux dispositions du code civil, si l'intérêt de la personne hospitalisée le justifie, le juge peut désigner en qualité de curateur ou de tuteur la personne préposée de l'établissement inscrite sur une liste d'habilitation établie par le préfet. Le préposé en charge des mesures de protection juridique au sein de l'hôpital, appelé mandataire judiciaire à la protection des majeurs, est choisi par le directeur parmi le personnel administratif titulaire.

Sauf mention expresse contraire, la mesure de protection juridique porte à la fois sur la protection des biens et sur la protection de la personne. Le mandataire ne manie aucun fonds. Seul le régisseur du centre hospitalier est habilité à percevoir les fonds du majeur protégé et à assurer le dépôt des biens placés conformément aux directives données par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

#### **Art 105. Audition d'un patient par les forces de l'ordre**

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

En toute hypothèse, l'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient. L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit.

Cet avis est immédiatement transmis au directeur.

#### **Art 106. Admission des personnes gardées à vue**

L'admission des personnes gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celle des patients relevant du droit commun. Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du procureur de la République ou du juge d'instruction.

En aucun cas, le service de sécurité incendie du centre hospitalier ne doit être amené à participer à la surveillance de ces personnes. Les enquêteurs, en concertation avec le service d'hospitalisation, choisiront la chambre la mieux adaptée en fonction des disponibilités.

Le personnel soignant peut donner des nouvelles uniquement sur l'état de santé du malade comme il le ferait dans les autres cas (sauf opposition du malade), sans faire de commentaires sur la situation juridique de la personne.

Les visites concernant le malade en garde-à-voir sont soumises à l'autorisation du magistrat ou de l'officier de police judiciaire directeur d'enquête. Il peut, dans les conditions fixées par la loi, demander à s'entretenir avec un avocat.

#### **Art 107. Admission des patients évacués sanitaires**

Des patients non-résidents en France peuvent être admis au sein de l'hôpital dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles. Des prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale d'État.

#### **Art 108. Admission au sein d'une unité de Soins de Suite ou Réadaptation (SSR)**

L'admission au sein des unités de soins de suite ou de réadaptation est prononcée pour les patients qui requièrent des soins continus dans un but de réadaptation.

Les admissions dans ces unités ne sont prononcées qu'après accord du praticien responsable de la structure médicale. Il existe deux modes d'admission :

-l'admission directe ;

-l'admission à la suite d'un transfert : tout patient hospitalisé dans une unité de court séjour, qui a dépassé la phase aiguë de l'affection pour laquelle il était soigné, mais qui présente néanmoins des séquelles relevant d'un traitement médical ou de rééducation, peut être transféré dans une unité de soins de suite et de réadaptation, sur proposition du praticien responsable de la structure médicale où il est traité.

Lorsque le médecin refuse une prolongation de séjour d'un patient présent dans une telle unité, la sortie de l'intéressé est prononcée.

Il appartient à l'assistant de service social chargé de l'unité de soins concernée de rechercher la solution qui convient à chaque situation particulière, en tenant compte des souhaits du patient, s'il est

en mesure de les exprimer, en liaison avec l'ensemble de l'équipe de soins, avec la famille et, le cas échéant, le tuteur.

## Section 4. Soins et information sur les soins

### **Art 109. Consentement aux soins**<sup>32</sup>

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être entrepris sans que le patient en ait été préalablement et précisément informé et ait donné son consentement libre et éclairé.

Le patient peut revenir sur ce consentement à tout moment.

En cas d'urgence mettant en jeu la vie du patient ou d'impossibilité de recueillir le consentement 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 accompagnants, la famille et, le cas échéant, la personne de confiance désignée par le patient.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L.110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social.

Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Sauf disposition législative contraire, aucun test de dépistage systématique des maladies contagieuses ne peut être effectué.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévues par la loi.

### **Art 110. Refus des soins**<sup>33</sup>

Lorsqu'un patient n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, peut être prononcée par le directeur.

Une proposition alternative de soins est au préalable, dans toute la mesure du possible, faite au patient.

La sortie est prononcée après signature par le patient d'une attestation de refus de soins. Si le patient ou son représentant légal refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus de soins est dressé et signé par deux personnels soignants qui attestent de l'exhaustivité des explications données.

En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du patient, le médecin responsable s'assure que le refus du patient procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt. En cas de refus persistant, il prend en conscience les décisions qu'il estime nécessaires pour le patient compte tenu de son devoir d'assistance à personne en péril et de la connaissance qu'il a du refus du patient d'accepter les soins. Il en informe immédiatement le directeur.

---

<sup>32</sup> *Références juridiques : articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du CSP ; article D. 1110-3 modifié par le décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.*

<sup>33</sup> *Références juridiques : articles R.1112-43 et R.1112-62 du CSP.*

**Art 111. Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs ou des majeurs protégés<sup>34</sup>**

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision même s'il revient aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur de consentir à tout traitement.

Le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs ou du représentant légal pour les majeurs sous tutelle est obligatoirement requis avant de procéder à tout acte médical.

Si les décisions à prendre sont essentielles pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, notamment pour toute intervention chirurgicale au bloc opératoire, il est nécessaire de recueillir l'accord écrit du père et de la mère pour le mineur ou du représentant légal pour le majeur sous tutelle. Si les mineurs sont accompagnés en consultation ou aux services d'urgences pour des actes bénins, le consentement des titulaires de l'autorité parentale est présumé.

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 et chirurgicale en dehors des cas d'urgence.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. Le médecin doit en parallèle saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

S'agissant d'un mineur, lorsqu'il y a divergence entre les titulaires de l'autorité parentale, il appartient au parent le plus diligent de saisir le juge aux affaires familiales afin qu'il soit statué sur la décision à prendre. Dans le cas où cette divergence s'accompagne d'une situation de danger mettant en cause la santé ou la sécurité du mineur, le médecin, tout en étant tenu de délivrer les soins indispensables, est, comme tout autre tiers confronté à une telle situation de danger, habilité à opérer un signalement auprès du procureur de la République, lequel a faculté de saisir le juge des enfants.

S'agissant d'un majeur sous tutelle, il appartient au tuteur de solliciter une autorisation du juge des tutelles dans le cas où il est appelé à prendre une décision concernant la santé de la personne protégée, en l'absence d'avis exprimé par celle-ci ou contre son avis, dès lors que la décision présente un risque sérieux d'atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée.

Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation d'un ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

---

<sup>34</sup> *Références juridiques : articles L.1111-4 et L.1111-5 du CSP.*

### **Art 112. Information du patient**<sup>35</sup>

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein de l'hôpital doivent être informées par tout moyen adéquat 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 patients, laquelle 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 patients 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. Ils sont informés à différentes étapes au cours des soins. Cette information est tracée dans le dossier de soins<sup>36</sup>.

L'hôpital est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille.

### **Art 113. Dossier médical du patient**<sup>37</sup>

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Le cas échéant, un dossier peut être constitué pour un patient reçu en consultation externe au sein de l'hôpital.

Le directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la conservation et la confidentialité des dossiers au sein de l'hôpital. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les médecins responsables de structure communiquent ou prennent toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin conseil de la sécurité sociale, dans le respect du secret médical, les documents médicaux nécessaires à l'exercice de son contrôle.

### **Art 114. Communication du dossier médical au patient**<sup>38</sup>

Les patients ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé, détenues par l'hôpital et les professionnels de santé y exerçant.

Sont concernées les informations qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

- les résultats d'examens ;
- les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ;
- les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre ;
- les feuilles de surveillance ;
- les correspondances entre professionnels de santé.

La demande de dossier médical doit être effectuée auprès du directeur du CHICAS.

En dehors des cas où elle doit être effectuée dans le cadre d'une procédure judiciaire, la communication directe du dossier médical du patient ou sa consultation ne peut intervenir que sur la demande écrite du patient, de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès.

---

<sup>35</sup> Référence juridique : article L.1111-2 du CSP.

<sup>36</sup> Référence : recommandation de bonne pratique HAS 2012 : délivrance de l'information à la personne sur son état de santé.

<sup>37</sup> Référence juridique : article R.1112 du CSP.

<sup>38</sup> Références juridiques : articles R.1111-1 à R.1111-8 du CSP.

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de quarante-huit heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

Le médecin qui a établi ou qui est dépositaire de ces informations peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte d'un patient atteint de troubles mentaux (hospitalisation sur demande d'un tiers ou hospitalisation d'office) et en cas de risques d'une gravité particulière, la consultation des informations peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus de ce dernier, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Le droit d'accès au dossier du mineur, sous réserve de l'opposition du mineur qui souhaite garder le secret sur son hospitalisation, est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

La communication du dossier est assurée par le praticien responsable de la structure médicale concernée ou par tout membre du corps médical de l'hôpital désigné par lui à cet effet.

Elle a lieu :

-soit par consultation sur place ;

-soit par envoi de la reproduction des pièces du dossier, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût réel des charges de fonctionnement ainsi créé.

Lors de la consultation de son dossier, le demandeur peut bénéficier d'un rendez-vous avec le médecin qui l'avait pris en charge au moment de la constitution du dossier.

### **Art 115. Relations avec les familles**

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

En l'absence d'opposition du patient, 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 médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille.

### **Art 116. Droit d'accès des ayants droit aux informations concernant un patient décédé**<sup>39</sup>

En cas de décès du patient, les informations le concernant peuvent être délivrées à ses ayants droit, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour :

- connaître les causes de la mort ;
- défendre la mémoire du défunt ;
- faire valoir leurs droits.

### **Art 117. Communication d'informations médicales et continuité des soins**<sup>40</sup>

Le praticien qui adresse un patient au CHICAS accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention. Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus.

Lors de la sortie du CHICAS, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. La lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient dans les mêmes conditions énoncées pour la transmission de la lettre de liaison du praticien qui adresse un patient à un établissement de santé.

Les lettres de liaison sont adressées par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elles sont versées dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remise.

En cas de transfert du patient dans un autre établissement de santé, les éléments indispensables à la continuité des soins sont transmis au dit établissement.

### **Art 118. Traitements informatiques**<sup>41</sup>

A l'occasion de l'admission et du séjour du patient au sein de l'établissement, des informations nominatives le concernant d'ordre administratif ou médical sont recueillies par le personnel.

Elles font l'objet dans leur majorité de traitements par des moyens informatiques. Ces traitements sont mis en œuvre par les différents services hospitaliers : le bureau des entrées ; le service de la facturation ; les services médicaux et médico-techniques. Ils peuvent également être mis en œuvre par des partenaires du CHICAS.

L'établissement 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 patient, pour les informations

---

<sup>39</sup> Références juridiques : articles L1111-7 et L. 1110-4 du CSP.

<sup>40</sup> Références juridiques : articles R1112-1-1 et R1112-1-2 créés par le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

<sup>41</sup> Référence juridique : Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique. La CNIL est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions de cette loi.

Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'établissement et gérant des données nominatives doit être déclaré à la CNIL, avant d'être mis en exploitation.

#### **Art 119. Réclamations et voies de recours**<sup>42</sup>

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de satisfaction, le patient ou ses ayants droit 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 oral de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit.

Si un patient ou ses ayants droit estime avoir subi un préjudice dans le cadre de sa prise en charge par l'hôpital, il peut saisir le directeur de l'hôpital d'une réclamation en vue d'obtenir réparation.

Le directeur est tenu de lui faire connaître les voies de recours qui lui sont ouvertes.

#### **Art 120. Médiateur médical et médiateur non médical**<sup>43</sup>

Lorsque le directeur est saisi par écrit d'une plainte/réclamation, un médiateur médecin ou non médecin peut être saisi pour rencontrer, informer et conseiller un usager qui s'estimerait victime d'un préjudice lié à son hospitalisation, ou son représentant légal, ou ses ayants droit.

Dans l'hypothèse où un usager saisirait spontanément un médiateur, il appartiendrait à celui-ci d'en informer sans attendre le directeur.

Le médiateur médecin traite des plaintes ou réclamations qui mettent en cause exclusivement l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service. Le médiateur non médecin traite des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. En cas de demande de réponses relevant des deux médiateurs, ces derniers sont saisis simultanément.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le directeur parmi les médecins exerçant au sein du CHICAS.

Le médiateur rencontre le patient, lorsque ce dernier en fait la demande. Il peut également rencontrer ses proches lorsqu'il l'estime utile ou à leur demande. Lorsqu'il souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès.

Les missions du médiateur sont :

- de compléter l'information, expliquer d'éventuels malentendus ;
- informer sur les modalités du recours gracieux ;
- indiquer au plaignant les voies de recours judiciaires possibles, si les démarches amiables ont échoué.

Le médiateur rend compte de son action au directeur, au président de la CME. Ce dernier transmettra à la CDU la plainte ou la réclamation éventuelle.

---

<sup>42</sup> *Références juridiques : articles R.1112- 91 et R.1112-92 du CSP.*

<sup>43</sup> *Références juridiques : articles R1112-81 et R1112-82 du CSP.*

### **Art 121. Transfusions sanguines**<sup>44</sup>

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins pourront être transfusés avec des produits homologues fournis par l'Etablissement Français du Sang (EFS).

Au cours de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et, pour les majeurs protégés, à la personne qui exerce la tutelle.

Un suivi transfusionnel est effectué pour tout patient transfusé.

### **Art 122. Sécurité transfusionnelle**

Les médecins doivent prescrire aux patients les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie.

Le sang, ses composants et leurs dérivés ne peuvent en aucun cas être distribués ni utilisés sans qu'aient été accomplies, au préalable, les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires.

Au cas où serait diagnostiquée, chez un patient, une pathologie susceptible d'être corrélée à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance de l'hôpital en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'établissement de transfusion fournisseur du produit sanguin, en lui spécifiant les références des produits administrés.

L'hôpital doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient dont il gère le dossier médical et qui est impliqué dans une enquête transfusionnelle bénéficie, dans un premier temps, des contrôles nécessaires et soit, par la suite, tenu informé de sa situation.

### **Art 123. Dispositions spécifiques à la recherche biomédicale**<sup>45</sup>

Les médecins et les chirurgiens-dentistes peuvent proposer aux patients de participer à une recherche biomédicale. La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer sur les seuls intérêts de la science et de la société.

Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis du Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CCPPRB).

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur ait informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi pour les personnes majeures sous tutelle, sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, ainsi que celles hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique.

Les patients ou, le cas échéant, leurs représentants légaux, sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment à cette participation.

Le directeur doit toujours être informé de la nature et des modalités des recherches entreprises.

---

<sup>44</sup> Références juridiques : articles R.1221-17 à R.1221-67, R.1222, R.1223 et D.1221-6 à D.1221-16 du CSP.

<sup>45</sup> Références juridiques : articles L1211-2, L1232-2, L1241-6 et R1112-76 du CSP.

Sauf exception, il est cosignataire des conventions de recherche biomédicale dès lors qu'un médecin de l'établissement y participe.

**Art 124. Modalités générales des prélèvements d'éléments du corps humain et de la collecte de ses produits**

Le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits ne peuvent être pratiqués sans le consentement du donneur. Le consentement est révocable à tout moment. Le consentement de la personne vivante sur laquelle peut être effectué un prélèvement d'organe en vue d'un don, est formalisé devant le tribunal de grande instance ou recueilli, en cas d'urgence, par le procureur de la République, dans les conditions définies par la loi. Ce consentement est révocable à tout moment et sans condition de forme.

Le consentement de la personne décédée est automatique sauf en cas d'opposition connue au prélèvement d'organes et de tissus via l'inscription sur le registre national des refus géré par l'Agence de la biomédecine.

Aucun prélèvement d'organe, de tissus, de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de dons ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

Lorsqu'ils ne sont pas utilisés à des fins thérapeutiques et scientifiques, le placenta et le cordon sont des déchets opératoires qui doivent être incinérés en application de la réglementation relative aux déchets d'activités de soins à risques infectieux (articles R.1335-1 et suivants du CSP).

## Section 5. Conditions de séjour du patient à l'hôpital

### **Art 125. Règles générales**<sup>46</sup>

La vie hospitalière requiert du patient le respect de certaines règles qui s'appliquent dans son intérêt propre et dans celui des autres patients.

Les patients doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres patients ou le fonctionnement du service. Dans le cas contraire, une exclusion peut être prononcée par le chef d'établissement ou l'administrateur de garde. Tout public est concerné par cette règle.

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, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient pour motif disciplinaire.

Les patients 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.

Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer.

### **Art 126. Respect de la personne et de son intimité**

Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré- et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et d'une manière générale à tout moment de son séjour hospitalier.

Les patients hospitalisés ne peuvent être amenés à participer à des représentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre leur refus.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invité par l'intéressé.

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

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

### **Art 127. Exercice des cultes et respect de la laïcité**<sup>47</sup>

Les patients doivent pouvoir participer à l'exercice du culte de leur choix. Les ministres des différents cultes, agréés par le directeur, sont à la disposition des patients, sur simple demande de leur part.

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

---

<sup>46</sup> *Références juridiques : articles R.1112-49, R.1112-50 et R.1112-52 du CSP.*

<sup>47</sup> *Référence juridique : article R.1112-46 du CSP.*

### **Art 128. Autorisations de sortie au cours de l'hospitalisation**<sup>48</sup>

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé et de la longueur de leur séjour, bénéficier de permission de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du responsable de la structure interne, par le directeur. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant doivent être notés dans le service.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'hôpital 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.

Pour les patients mineurs les autorisations de sortie sont décrites dans les dispositions du présent règlement relatives aux mineurs.

### **Art 129. Composition et missions du service social**

Le service social a pour mission de faciliter tous les aspects la vie des patients à l'hôpital, de rechercher et de proposer les actions nécessaires à l'accès et aux soins, à la réinsertion sociale, familiale, professionnelle et scolaire.

Il est à la disposition des patients, des familles et des proches au sein de l'hôpital. Il participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge.

Les assistants de service social favorisent le maintien ou l'accès aux droits sociaux et participent à la régularisation des difficultés administratives ou juridiques.

Ils aident à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Ils préparent, en collaboration avec les autres intervenants, le maintien ou le retour à domicile.

Ils organisent l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée à la situation particulière des patients qui la nécessitent, en vue d'un séjour soit temporaire, soit de longue durée.

### **Art 130. Visites**

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement du service. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer. Ils doivent respecter les consignes de l'établissement ou du service sous peine que leur droit de visite soit suspendu.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les salles ou les chambres de patients 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 patient, à ce que ne lui soient pas remises des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec son régime alimentaire.

---

<sup>48</sup> Référence juridique : article R.1112-56 du CSP.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite. Le directeur peut décider de la reconduite du visiteur à l'extérieur et, si nécessaire, de son expulsion par les forces de l'ordre.

Des repas à titre payant peuvent être servis aux accompagnants. Lorsque l'état du patient le justifie, un accompagnant peut être autorisé à dormir dans la chambre du patient moyennant l'acquittement d'un tarif forfaitaire.

### **Art 131. Stagiaires extérieurs**

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein de l'hôpital doivent faire l'objet d'une convention entre l'établissement et l'organisme dont dépend le stagiaire.

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

### **Art 132. Associations de bénévoles<sup>49</sup>**

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein de l'hôpital doivent, préalablement à leurs interventions, obtenir l'autorisation du directeur.

Les associations et leurs bénévoles agissent en collaboration avec les équipes soignantes et administratives. Ils contribuent à l'accueil et au soutien des personnes hospitalisées et de leur entourage. Ils s'engagent à ne pas interférer dans les soins et à respecter les règles de fonctionnement du CHICAS.

Ils doivent être identifiés par un badge ou une tenue, mentionnant leur nom et l'intitulé de l'association au titre de laquelle ils interviennent.

Une convention définissant les conditions d'intervention de chaque association est signée conjointement par le directeur et un représentant de l'association.

### **Art 133. Accès des professionnels de la presse**

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein de l'hôpital doivent préalablement faire l'objet d'une information au directeur. Il est conditionné à une autorisation écrite du directeur, après avis du responsable de structure interne concerné.

L'accès des professionnels de la presse auprès du patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier et, pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal. 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 ; le CHICAS ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

---

<sup>49</sup> *Références juridiques : articles L.1110-4, L.1110-11 et L1112-5 du CSP.*

**Art 134. Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs**

L'accès au sein de l'hôpital des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation écrite du directeur.

S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement reconduits à l'extérieur ou si nécessaire exclus.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur de l'hôpital. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

**Art 135. Intervention d'un notaire**

Quand un patient hospitalisé sollicite l'intervention d'un notaire, celui-ci peut se rendre auprès du patient, quel que soit son état de santé, sans avoir à demander l'autorisation de la direction.

Il lui appartient d'apprécier, sous sa responsabilité, la capacité de son client à accomplir des actes juridiques. Tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

**Art 136. Dépôt des objets de valeur<sup>50</sup>**

*Voir l'articulation avec l'article relatif à l'inventaire à l'admission.*

Le patient ou ses représentants légaux sont informés oralement et par écrit du régime de responsabilité de l'établissement en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été déposé ou non, conformément aux dispositions de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993.

Le patient est invité à n'apporter à l'hôpital que les objets strictement utiles à son hospitalisation.

Les objets de valeur détenus par le patient sont recensés dans un inventaire réalisé en sa présence par le cadre du service. Ce dernier les confie à l'agent d'accueil du standard pour consignation au coffre après la réalisation d'un second inventaire. Un exemplaire du formulaire de dépôt est conservé avec les biens au coffre et un second exemplaire est remis au cadre qui le conserve dans le dossier du patient.

Ces objets peuvent être retirés par le patient, un membre de sa famille dûment mandaté ou le cadre de santé.

Lors du retrait, il doit être remis à l'agent d'accueil la fiche d'inventaire remise au cadre accompagnée de la pièce d'identité du patient, et, si le retrait est réalisé par un membre de sa famille, de ces mêmes documents accompagnés d'une procuration signée. Si le retrait est effectué par le cadre qui a réalisé le dépôt, seule la fiche d'inventaire qui lui a été remise est nécessaire.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, l'hôpital est responsable de plein droit de la perte ou de la détérioration de ces objets, dans les conditions fixées par la réglementation.

La responsabilité de l'hôpital n'est pas engagée pour les pertes ou dégradations d'objets non déposés ou dont il n'a pas assuré la garde, lorsqu'une information orale et écrite a été donnée au patient.

---

<sup>50</sup> Références juridiques : articles L.1113-1 à L.1113-10, R.1113-1 à R.1113-9 du CSP.

### **Art 137. Droits civiques<sup>51</sup>**

En application des dispositions du code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein de l'hôpital leur droit de vote par procuration. Les officiers et agents de police judiciaire compétents pour établir les procurations, ou les délégués des officiers de police judiciaire, se déplacent à la demande des personnes qui, en raison de maladies ou d'infirmités graves, ne peuvent manifestement comparaître devant eux.

Un mariage peut être célébré à l'hôpital dans deux situations :

- en cas d'empêchement grave, sur réquisition du procureur de la République autorisant l'officier d'état civil de se transporter à l'hôpital pour célébrer le mariage d'une personne hospitalisée ;
- en cas de péril imminent de mort de l'un des futurs époux, l'officier d'état-civil de la commune peut se transporter à l'hôpital avant toute réquisition ou autorisation du procureur de la République, auquel il devra ensuite, dans un délai court, rendre compte de la nécessité de cette célébration hors de la maison commune.

### **Art 138. Prestataires de services au sein de l'hôpital**

Le directeur établit la liste des prestations de service proposées aux patients au sein de l'hôpital et en définit les conditions d'accès et d'exploitation.

### **Art 139. Effets personnels**

Les patients doivent prévoir pour leur séjour à l'hôpital du linge personnel, un nécessaire de toilette et une boîte pour les lunettes et prothèses afin de prévenir toute perte.

L'entretien du linge personnel n'incombe pas à l'hôpital. En cas de nécessité et en fonction des possibilités, l'hôpital met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés.

### **Art 140. Courrier<sup>52</sup>**

Le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toutes les opérations postales. Des boîtes aux lettres sont disponibles au niveau du standard. La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et organisée au sein du service par le cadre. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement aux intéressés par le vaguemestre.

Si le patient est sous tutelle, le recommandé est remis au cadre qui informe la famille ou la structure qui gère l'accompagnement de ce patient.

### **Art 141. Cafétéria et point presse**

Une cafétéria et un point presse sont installés dans le hall d'accueil du site de Gap. Ils offrent une restauration rapide, ainsi que la presse quotidienne et hebdomadaire. Leurs horaires et modalités de fonctionnement sont indiqués dans le livret d'accueil du patient.

---

<sup>51</sup> Références juridiques : article R72 du code électoral ; article 75 du code civil.

<sup>52</sup> Référence juridique : article R.1112-53 du CSP.

**Art 142. Téléphone, télévision, Internet**

Une ligne téléphonique est mise à la disposition des patients à titre payant. Sa mise en service est assurée à l'accueil pour le site de Gap et au bureau des entrées pour le site de Sisteron.

Les chambres sont équipées de postes de télévision. La souscription à un abonnement s'effectue auprès du personnel de l'accueil pour le site de Gap et au bureau des entrées pour le site de Sisteron.

Le Wi-Fi est accessible dans les chambres à titre payant. Sa mise en service est assurée à l'accueil pour le site de Gap et au bureau des entrées pour le site de Sisteron.

## Section 6. Sortie des patients

### **Art 143. Compétence du directeur en matière de sortie**<sup>53</sup>

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes les dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas.

Dans l'hypothèse d'un patient ou d'une famille refusant la décision de sortie prononcée par le directeur, les tarifs journaliers de prestations fixés par arrêté du directeur général de l'ARS ainsi que le forfait journalier seront à la charge de la personne hospitalisée.

### **Art 144. Modalités de la sortie**

- Continuité des soins<sup>54</sup>

Lors de la sortie, une lettre de liaison, rédigée par le médecin du CHICAS qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits.

- Information du médecin traitant<sup>55</sup>

Lors de la sortie, la lettre de liaison rédigée par le médecin du CHICAS qui a pris en charge le patient est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé.

- Transport<sup>56</sup>

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire par ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Le patient a le libre choix de la compagnie d'ambulances parmi celles figurant sur la liste des entreprises de transport en ambulance agréées du département. L'imprimé de prescription permet le remboursement du transport par la Sécurité Sociale.

### **Art 145. Sortie contre avis médical**<sup>57</sup>

Les patients peuvent, sur leur demande, quitter l'hôpital à tout moment.

---

<sup>53</sup> Référence juridique : article R.1112-58 du CSP.

<sup>54</sup> Références juridiques : article R.1112-61 du CSP ; articles R1112-1-1 créé par le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

<sup>55</sup> Références juridiques : article R.1112-60 du CSP ; articles R1112-1-2 créé par le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

<sup>56</sup> Référence juridique : article R.1112-66 du CSP.

<sup>57</sup> Références juridiques : articles L.1111-4, R.1112-43 et R.1112-62 du CSP.

Toutefois, si le médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, le patient doit alors signer une attestation de refus de soins consignante sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer ce document, un procès-verbal est établi et signé par deux soignants ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable du service peut saisir le procureur de la république afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires.

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

#### **Art 146. Sortie à l'insu du service**

Si un patient quitte l'hôpital sans prévenir et que les recherches entreprises pour le retrouver demeurent vaines, le directeur ou son représentant dûment habilité doit prévenir les forces de l'ordre s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

#### **Art 147. Sortie des nouveau-nés<sup>58</sup>**

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. Ces cas sont constatés par le médecin responsable du service.

#### **Art 148. Sortie disciplinaire<sup>59</sup>**

La sortie des patients peut, hors les cas où leur 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 patients dans un autre service ou dans un autre établissement.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient afin d'assurer la continuité des soins.

---

<sup>58</sup> Référence juridique : article R.1112-65 du CSP.

<sup>59</sup> Référence juridique : article R.1112-49 du CSP.

## Section 7. Frais de séjour et vente de médicament

### **Art 149. Principe du paiement**

Toute journée d'hospitalisation est facturée. La part non prise en charge par la sécurité sociale est à régler par le patient au CHICAS ou au Trésor Public dès réception de la facture. Elle peut être prise en charge par l'organisme d'assurance maladie complémentaire du patient selon les modalités inscrites sur son contrat.

### **Art 150. Tarifs des prestations**<sup>60</sup>

Les tarifs des prestations sont fixés annuellement chaque année par arrêté de l'ARS et peuvent être révisés en cours d'exercice. Ils sont affichés dans l'établissement.

La DAF établit chaque année une note d'information relative au tarif des chambres particulières.

### **Art 151. Forfait journalier**<sup>61</sup>

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une contribution forfaitaire du patient à ses frais de séjour.

Le forfait journalier n'est pas compris dans les tarifs de prestations : il est toujours facturable en sus.

Il obéit à des règles particulières de facturation qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour.

### **Art 152. Paiement des frais de séjour et provisions**

Le paiement est obligatoire avant la sortie de l'hôpital.

Dans le cas où les frais de séjour ne sont pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable doivent souscrire un engagement de payer les frais de séjour dès l'admission.

Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée au sein de l'hôpital une provision renouvelable, calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la facturation dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les patients étrangers non-résidents sont tenus au dépôt d'une provision égale à la totalité des frais prévisibles de leur hospitalisation. En cas de non-paiement des frais de séjour, la trésorerie exerce des poursuites contre les patients, leurs débiteurs ou les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

### **Art 153. Prestations fournies aux accompagnants**

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les patients sont facturables sur la base d'un tarif actualisé chaque année.

### **Art 154. Vente de médicaments de la réserve hospitalière et rétrocession**

La PUI du CHICAS peut procéder à la rétrocession, c'est-à-dire à la vente de médicaments uniquement disponibles en pharmacie hospitalière à des patients de ville.

---

<sup>60</sup> Référence juridique : article L.174-3 du code de la sécurité sociale.

<sup>61</sup> Référence juridique : article L.174-4 du code de la sécurité sociale.



## Section 8. Dispositions relatives aux naissances et aux décès

### **Art 155. Déclaration de naissance**<sup>62</sup>

La déclaration de la naissance d'enfants est impérativement effectuée par le père ou la mère auprès de l'état civil dans les cinq jours suivant l'accouchement.

### **Art 156. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale**<sup>63</sup>

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable en indiquant les dates et heures de sa naissance et de son décès.

L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. En l'absence de certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable, l'officier d'état civil établit un acte d'enfant sans vie, inscrit sur les registres de décès. La délivrance d'un acte d'enfant sans vie est conditionnée à la production d'un certificat médical d'accouchement.

La déclaration d'enfant sans vie est enregistrée sur le cahier d'accouchement et le registre des décès de l'hôpital.

### **Art 157. Déclaration de décès d'enfant né sans vie**<sup>64</sup>

La déclaration d'enfant né sans vie est établie lorsqu'il n'est pas avéré que l'enfant est né vivant et viable au moment de l'accouchement. Cette déclaration est inscrite à sa date sur les registres de décès et il énonce les jour, heure et lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant.

### **Art 158. Patient en fin de vie**<sup>65</sup>

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés. Ces actes ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable.

Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient. Si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, une telle décision est prise par le médecin après avoir respecté la procédure collégiale réglementaire et consulté la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. La décision est inscrite dans le dossier médical.

A la demande d'un patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable et voulant éviter toute souffrance, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience

---

<sup>62</sup> Référence juridique : article 55 du code civil modifié par la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle et article 56 du code civil.

<sup>63</sup> Références juridiques : article 79-1 du code civil ; article R1112-72 du CSP.

<sup>64</sup> Référence juridique : article 79-1 du code civil.

<sup>65</sup> Références juridiques : L.1110-5 à L.1110-5-3, L1111-10 et L1111-13 du CSP.

maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre.

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs, qui sont des soins actifs et continus visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Une procédure collégiale dans le cadre de la fin de vie est prévue au sein de l'établissement.

#### **Art 159. Directives anticipées<sup>66</sup>**

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

Les directives anticipées doivent se présenter sous la forme d'un document écrit, daté et signé, sans limitation de temps et sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Dans ce cas c'est une procédure collégiale qui s'impose et qui est tracée dans le dossier avec en complément participation ou au moins information de la personne de confiance ou à défaut, de la famille ou à défaut, des proches

Il appartient au médecin de s'enquérir de l'existence éventuelle de directives anticipées auprès de la personne de confiance, la famille ou les proches et auprès du médecin traitant et du médecin « adresseur ».

#### **Art 160. Attitude à suivre à l'approche du décès**

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et qu'il est en danger de mort, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent du service dûment habilité et par tout moyen approprié, de l'aggravation de son état.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

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

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants ; ils peuvent prendre leur repas au sein de l'hôpital et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par l'hôpital d'un lit d'accompagnant et d'un petit déjeuner ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par l'hôpital sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

---

<sup>66</sup> *Références juridiques : articles L1111-4 et L1111-11 du CSP.*

### **Art 161. Constat du décès<sup>67</sup>**

Le décès est constaté par un médecin. Il établit un certificat de décès suivant la constatation du décès. Ce certificat est transmis dans les meilleurs délais au bureau des admissions, qui s'assure de son adressage à la mairie dans les vingt-quatre heures suivant le décès.

### **Art 162. Notification du décès<sup>68</sup>**

Une 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 sociale 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 gardienne du mineur ;
- pour les majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale, au représentant légal ;
- pour les personnes non identifiées, aux forces de l'ordre.

### **Art 163. Indices de mort violente ou suspecte<sup>69</sup>**

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le directeur, prévenu par le médecin responsable de structure, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire.

### **Art 164. Formalités entourant le décès<sup>70</sup>**

Dès que le décès est constaté par le médecin, le service de soins procède à la toilette du patient décédé avec toutes les précautions convenables et dans le respect de ses croyances.

Le médecin rédige le certificat de décès, le signe et le tamponne sur tous les volets.

Le personnel infirmier :

- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc., que possédait le patient décédé ; les objets de valeur et l'argent sont déposés dans le coffre au standard ;
- vérifie la lisibilité du bracelet d'identification ;
- renseigne et signe la fiche de liaison destinée à la chambre mortuaire.

Le défunt doit être gardé au minimum 2h après le décès au sein de l'unité et au maximum 10h. Dans le respect de ces consignes, le défunt est transféré au service mortuaire du site.

L'agent du service mortuaire doit, pour sa part, renseigner :

- le registre de suivi des corps au service mortuaire ;
- le registre des pièces anatomiques ;
- le registre des bébés de moins de 29 semaines si la famille ne les reconnaît pas comme un enfant (au-delà des 29 semaines, les enfants sans vie sont considérés comme des « adultes »).

---

<sup>67</sup> Références juridiques : article 80 du code civil ; articles R 1112-70 et R 1112-71 du CSP.

<sup>68</sup> Référence juridique : article R.1112-69 du CSP.

<sup>69</sup> Référence juridique : article 81 du code civil et article R.1112-73 du CSP.

<sup>70</sup> Référence juridique : article R2223-93 du code général des collectivités territoriales.

### **Art 165. Dépôt des corps à la chambre mortuaire<sup>71</sup>**

Le défunt est transféré à la chambre mortuaire dans un délai de 48h.

L'admission dans la chambre mortuaire est effectuée après la signature du certificat de décès par un médecin du service, accompagné de la fiche de liaison institutionnelle.

Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences.

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, les souhaits de leurs membres, s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire de l'hôpital du corps d'une personne qui y est décédée sont payants à partir du quatrième jour suivant le décès.

La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur particulier qui est affiché à la vue du public, dans les locaux de la chambre mortuaire destinés à l'accueil des familles.

### **Art 166. Mesures de police sanitaire<sup>72</sup>**

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, les ayants droits ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets.

### **Art 167. Transport de corps avant mise en bière<sup>73</sup>**

Le transport avant mise en bière du corps d'une personne décédée au CHICAS vers la résidence du défunt, d'un membre de sa famille ou une chambre funéraire doit être autorisé par la mairie.

L'autorisation est subordonnée :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile ;
- à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne ;
- à l'accord écrit du médecin hospitalier responsable du patient ;
- à l'accord écrit du directeur ;
- à l'accompagnement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code civil relatifs aux déclarations de décès ;

Le médecin ne peut s'opposer au transport que pour les motifs suivants :

- le décès soulève un problème médico-légal ;
- le défunt était atteint, au moment de décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du ministre de la Santé.

Si le médecin s'oppose au transport du corps avant mise en bière, il doit en avertir sans délai le directeur et la famille.

Le transport doit être effectué et terminé dans un délai maximum de 24h à compter du décès ou de 48h si des soins de conservation ont été effectués. Les transports sont assurés par des véhicules agréés.

---

<sup>71</sup> *Références juridiques : article R2223-89 à R2223-91 et suivants du code général des collectivités territoriales.*

<sup>72</sup> *Référence juridique : article R.1112-74 du CSP.*

<sup>73</sup> *Références juridiques : articles R 2213-7 à R 2213-11 du code général des collectivités territoriales.*

Lorsque le transfert avant mise en bière s'effectue vers une chambre mortuaire située sur le territoire d'une autre commune, le maire de celle-ci reçoit sans délai copie de l'accord du directeur de l'établissement.

#### **Art 168. Mise en bière et transport après mise en bière**<sup>74</sup>

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée est mis en bière.

La fermeture du cercueil est autorisée par un officier d'état-civil du lieu du décès ou par l'officier d'état civil du lieu de dépôt. Cette autorisation est délivrée sur production du certificat de décès établi par le médecin ayant constaté le décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Après accomplissement de ces formalités et de celles prévues par les articles 78 et suivants du code civil concernant la déclaration de décès et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil.

#### **Art 169. Opérations funéraires et libre choix des opérateurs funéraires**<sup>75</sup>

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

Le CHICAS tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations de service des pompes funèbres. L'agent de la chambre mortuaire tient à disposition des familles la liste des opérateurs funéraires du département afin que les familles puissent librement effectuer leur choix.

La famille ou les proches disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement ou de l'enfant déclaré sans vie.

En cas de non réclamation du corps dans un délai de dix jours, l'hôpital dispose de deux jours francs pour :

-faire procéder à l'inhumation du défunt dans les conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci. En l'absence de ressources suffisantes, l'hôpital applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation s'effectue en accord avec l'autorité militaire compétente.

-prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des régies et entreprises funéraires.

#### **Art 170. Don du corps**<sup>76</sup>

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main.

La démarche de don peut être entreprise auprès d'un établissement de soins, d'enseignement et de recherche acceptant les dons de corps. En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été daté et signé par le défunt.

---

<sup>74</sup> *Références juridiques : articles R2213-15 et suivants du code général des collectivités territoriales.*

<sup>75</sup> *Références juridiques : articles R2223-32 et R. 2223-71 du code général des collectivités territoriales.*

<sup>76</sup> *Référence juridique : article R2213-13 du code général des collectivités territoriales.*

La volonté de don peut aussi s'exprimer à destination d'un autre établissement d'hospitalisation ou, sans précision, sur un papier libre qui doit obligatoirement porter le nom de la personne concernée, sa signature et la date de rédaction.

Pour être valable, un éventuel document d'annulation doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement à la donation, par la personne décédée.

Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès.

Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 24h entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination. Ce délai peut atteindre 48 heures si un équipement permettant la conservation du corps est utilisé.

#### **Art 171. Objets abandonnés ou déposés par le défunt**<sup>77</sup>

L'inventaire de tous les objets de valeur que possédait le défunt est dressé par deux personnes dont un cadre de santé ou une infirmière.

Les objets sont remis au standard 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 de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la caisse des dépôts et de consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente.

#### **Art 172. Liberté des funérailles, dispositions testamentaires**<sup>78</sup>

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu. Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CHICAS. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Le CHICAS respectera scrupuleusement leurs volontés.

Les administrateurs, médecins et agents de l'hôpital ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein de l'hôpital. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt pour les libéralités faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

En vertu des dispositions de l'article 909 du code civil, seules sont exceptées :

---

<sup>77</sup> Références juridiques : articles L1113-6 et L1113-7 du CSP.

<sup>78</sup> Référence juridique : article 909 du code civil.

les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus ;

- les dispositions universelles, dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe ; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même du nombre de ces héritiers.

## Chapitre 4 – Dispositions relatives à la sécurité

### Section 1. Règles et dispositifs de sécurité

#### **Art 173. Nature et opposabilité des règles de sécurité**

Les règles de sécurité générale visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine accidentelle ou intentionnelle. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le directeur édicte, par voie de notes internes, des 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.

Le directeur veille, en tant que responsable du bon fonctionnement de l'hôpital, au respect des règles de sécurité du fonctionnement de l'hôpital et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, humaines ou à des facteurs naturels.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'hôpital, 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.

#### **Art 174. Accès à l'hôpital**

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, leurs accompagnants, 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. Des aménagements sont réalisés pour l'accueil des personnes à mobilité réduite dans le cadre de l'agenda d'accessibilité programmée.

Le directeur peut ordonner la reconduite à l'extérieur des tiers dont la présence au sein de l'hôpital n'est pas justifiée.

De même, pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées.

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. L'interdiction de la présence d'animaux domestiques dans l'enceinte de l'hôpital ne fait pas obstacle à ce que des chiens accompagnant des personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité soient autorisés au sein de l'hôpital, conformément aux dispositions de la loi du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux forces de l'ordre, contre récépissé.

### **Art 175. Calme et tranquillité au sein de l'hôpital**

Tout accompagnant ou visiteur qui, en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur crée un trouble au sein de l'hôpital, 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 cas de refus caractérisé, il sera fait appel à l'intervention des forces de l'ordre.

### **Art 176. Personnels de sécurité incendie**

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

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

- obligation d'assistance aux personnes en péril (article 223-6 du code pénal) ;
- crime ou délit flagrant (article 53 du code de procédure pénale : « est qualifié de crime ou délit flagrant, le crime ou le délit qui se commet actuellement ou qui vient de se commettre. Il y a aussi crime ou délit flagrant lorsque, dans un temps très voisin de l'action, la personne soupçonnée est poursuivie par la clameur publique, ou est trouvée en possession d'objets ou présente des traces ou indices, laissant penser qu'elle a participé au crime ou au délit. ») ;
- légitime défense ou état de nécessité (article 122-5, 122-6 et 122-7 du code pénal).

Ils ne peuvent intervenir dans les services qu'à la demande du directeur de l'établissement ou des personnels responsables de ces structures.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité.

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

En dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un vestiaire ou à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

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

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

### **Art 177. Matériels de sécurité générale (vidéo protection, contrôles d'accès)**

Le principe de vidéo protection est soumis aux instances de l'hôpital et le plan de sécurité d'établissement est arrêté par le directeur après présentation aux instances de l'hôpital.

Le fonctionnement des installations de vidéo protection doit permettre de respecter le secret professionnel, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la CNIL.

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéoprotection doivent observer les dispositions de la loi du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité et celles du décret n° 96-926 du 17 octobre 1996 pris pour son application.

Ce système de vidéoprotection fait l'objet d'une autorisation préfectorale d'installation. Les images sont reportées au poste central de sécurité incendie et sont consultables selon les modalités prévues par les procédures en vigueur dans l'établissement. Les personnes habilitées à consulter les images enregistrées sont définies dans la déclaration déposée auprès de la préfecture. La consultation de ces images par des tiers s'effectue dans le cadre de l'intervention des forces de l'ordre pour une plainte ou d'un préjudice subi par les personnes filmées.

Les matériels utilisés pour les contrôles d'accès sont les badges, les bips et les clés. Ce matériel est remis nominativement et sa perte engendre un remplacement à titre payant au coût de remplacement.

#### **Art 178. Règles de responsabilité**<sup>79</sup>

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 la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

L'hôpital 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. La responsabilité de l'hôpital peut aussi être engagée pour les collaborateurs occasionnels au service public, par exemple en cas d'accident survenu au cours d'une contribution bénévole à une mission de service public.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur dépose plainte pour les dommages subis par l'hôpital.

Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le directeur peut, en application de l'article 40 du code de procédure pénale, porter les faits à la connaissance du procureur de la république dans la mesure où les faits paraissent concerner un délit ou a fortiori un

#### **Art 179. Rapports avec l'autorité judiciaire**

Le directeur informe sans délai le procureur de la république des crimes et délits commis dans l'enceinte de l'hôpital et 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.

#### **Art 180. Rapport avec les forces de l'ordre**

Seul le directeur a la responsabilité d'organiser les relations avec les forces de l'ordre.

---

<sup>79</sup> Référence juridique : article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; Jurisprudence du Conseil d'Etat.

En cas d'urgence immédiate, les agents du SSIAP (Service de Sécurité Incendie et d'Assistance à Personnes) peuvent demander une présence des forces de l'ordre sans passer par l'administrateur de garde. Ils doivent alors l'en informer dans les plus brefs délais.

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, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des patients et d'une manière générale des droits du citoyen.

#### **Art 181. Circonstances exceptionnelles**

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

Le CHSCT en est informé pour les domaines relevant de sa compétence.

Le directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles 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 décidé comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules ou à justifier le motif de son accès sur le site de l'hôpital.

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, nécessité pour l'hôpital, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés, faire appel aux forces de l'ordre pour faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de 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 ou de sécurité générale (ex : VIGIPIRATE), 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.

#### **Art 182. Vigilance attentat<sup>80</sup>**

Chacun dans sa pratique est invité à faire preuve de vigilance. Il faut notamment :

- rester vigilant et signaler les comportements suspects ;
- signaler les situations inhabituelles : menaces verbales, appels anonymes, tags menaçants... ;
- être à l'écoute du personnel, qui peut transmettre des informations perçues dans le cadre de ses activités ;
- être attentifs au changement de comportement des agents, notamment aux signes de radicalisation.

Tout élément de cette nature doit remonter soit directement, soit par les cadres des services au responsable sécurité incendie ou à la direction.

---

<sup>80</sup> Référence juridique : Guide « Vigilance attentats : les bons réflexes » à destination des personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, du ministère de la Santé de juin 2016.

## Section 2. Prévention et sécurité incendie

### **Art 183. Registre de sécurité incendie**

L'hôpital est assujéti aux règles de sécurité contre l'incendie applicables à tous les établissements recevant du public.

Certaines de ses installations (chaufferies, groupe électrogène, dépôts de liquides inflammables, etc.) doivent, en outre, être conformes aux dispositions du code de l'environnement.

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

Ces renseignements sont communiqués à la commission de sécurité compétente à l'occasion de ses visites au sein de l'hôpital.

### **Art 184. Sécurité des biens et des personnes**

L'hôpital met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour assurer la sécurité des personnes et des biens. Les locaux sont équipés de détecteurs d'incendie et de dispositifs de sécurité appropriés. Des exercices et formations contre l'incendie sont régulièrement organisés par l'établissement.

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

L'alerte est donnée au poste central de sécurité ou, à défaut, aux secours extérieurs.

### **Art 185. Interdiction de fumer<sup>81</sup>**

Il est interdit de fumer et de vapoter dans l'ensemble des locaux clos et couverts de l'hôpital, sous peine de sanction. Une signalisation apparente indique cette interdiction à l'entrée et à l'intérieur des locaux.

Des cendriers demeurent disponibles aux principaux accès de l'hôpital (entrée principale et entrée de la cour logistique).

La circulation des personnels en tenue soignante entre leur service et les zones fumeurs doit se faire dans le respect des règles élémentaires d'hygiène et de prévention des infections (chaussures dédiées, sur-blouse, etc.).

---

<sup>81</sup> *Références juridiques : article L3513-6 du CSP ; articles R3512-2 à R3512-9 du CSP.*

### Section 3. Sécurité et permanence du fonctionnement

#### **Art 186. Recherche de la maîtrise des risques**

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des usagers, de leurs accompagnants, de leurs visiteurs et de tous ceux qui sont appelés à pénétrer dans l'établissement en raison de leurs fonctions.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'hôpital, le directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des services et instances concernés.

Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives compétentes de l'application des plans d'action et de prévention.

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

Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers.

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement au directeur ou à son représentant qui informe le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Conformément à la réglementation, la médecine du travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

#### **Art 187. Garde technique**

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

## Section 4. Circulation et stationnement des véhicules

### **Art 188. Règles de compétence concernant la circulation et le stationnement des véhicules**

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

Le directeur peut, en cas de besoin, faire appel aux forces de l'ordre.

### **Art 189. Règles générales de stationnement**

Le stationnement de longue durée est prohibé.

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

Le directeur est habilité à prendre toutes les mesures nécessaires visant à l'évacuation d'un véhicule, notamment pour des raisons de sécurité ou de gêne au fonctionnement de l'hôpital.

Il peut également restreindre ou interdire l'accès des parkings pour les mêmes motifs.

### **Art 190. Dispositions communes aux zones de stationnement réservées aux professionnels**

Pour les agents autorisés, la durée de stationnement doit être limitée à la durée de service.

Ces dispositions concernent l'ensemble des personnels salariés de l'établissement, les personnes bénévoles clairement identifiées et répertoriées et les professionnels extérieurs autorisés (taxis, ambulances...).

La direction attribue les droits d'accès aux parkings selon la procédure prévue à cet effet. Un papillon d'identification est fourni par l'administration à chaque professionnel. Chaque professionnel a l'obligation d'identifier son véhicule.

L'attribution d'un accès donne droit à une place non nominative et dans la limite des places disponibles et matérialisées. L'accès se fait directement à l'aide de badges d'accès.

Le stationnement sur ces zones est gratuit. Les badges d'accès sont strictement personnels. Ils ne donnent un droit d'entrée sur la zone considérée que dans la limite des places disponibles identifiées. Ils ne peuvent être utilisés que pendant les heures de présence dans l'établissement et n'autorisent pas un stationnement prolongé du véhicule. Cette mise à disposition de places de stationnement n'entraîne aucune obligation de garde ou de surveillance.