



Règlement intérieur

du Centre Hospitalier Intercommunal
Redon-Carentoir

ÉDITION 2017

PRÉAMBULE

▼ Définition du règlement intérieur

Le règlement intérieur porte à la connaissance des usagers du Centre Hospitalier Intercommunal Redon-Carentoir (CHIRC) les droits et obligations des patients hospitalisés, des visiteurs et du personnel. Il a pour objet de faire connaître les règles de fonctionnement courant de l'établissement, assurant le Service Public Hospitalier.

▼ Opposabilité du règlement intérieur

Chaque usager du CHIRC, patient ou visiteur, ainsi que le personnel, est tenu de respecter les dispositions du règlement intérieur.

Le règlement intérieur garantit à l'usager le respect de chacune de ses dispositions.

Réciproquement, le Directeur, disposant du pouvoir de police administrative au sein de l'établissement, prend toutes les mesures disciplinaires appropriées aux circonstances et exposées dans le règlement. L'aide des forces de l'ordre peut également être demandée.

▼ Approbation du règlement intérieur

Le Directeur, en concertation avec le Directoire a compétence pour élaborer et arrêter le règlement intérieur de l'établissement. Néanmoins, avant que le règlement intérieur ne soit approuvé, il est nécessaire de recueillir l'avis :

- du Conseil de Surveillance,
- du Directoire,
- de la Commission Médicale d'Établissement,
- du Comité Technique d'Établissement.

Le règlement intérieur est également transmis, pour information, à la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

▼ Mise à disposition du règlement intérieur

Le règlement intérieur est mis à la disposition de toute personne qui en fait la demande¹. Il est consultable sur le site Internet et un exemplaire imprimé est disponible à la direction de la qualité.

▼ Mise à jour du règlement intérieur

Les modifications à apporter au règlement intérieur du CHIRC sont adoptées dans la même forme et de la même façon que la procédure d'approbation décrite ci-dessus.

¹ Article R1112-78 du Code de la Santé Publique (CSP)

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
1.1 LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL REDON-CARENTOIR (CHIRC)	7
1.1.1 <i>Présentation</i>	7
1.1.2 <i>Valeurs.....</i>	7
Principe d'égalité et d'accessibilité aux soins	7
Principe de neutralité et de laïcité	7
Principe de mutabilité.....	7
Dignité et bienveillance	8
1.2 L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CHIRC.....	8
1.2.1 <i>Les instances de décision</i>	8
Le Conseil de Surveillance	8
Le Directeur	9
Le Directoire	9
1.2.2 <i>Les instances de concertation et de représentation</i>	10
La Commission Médicale d'Établissement (CME)	10
La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT).....	11
Le Comité Technique d'Établissement (CTE).....	11
Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)	12
1.2.3 <i>Les instances spécialisées du CHIRC</i>	13
Le Comité de Pilotage Qualité / Gestion des risques	13
Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).....	13
Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD).....	13
Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN).....	14
Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)	14
La Commission d'Organisation de la Permanence des Soins (COPS)	14
La Commission d'Activité Libérale (CAL).....	14
Le comité d'éthique	14
Les autres sous commissions de la CME	15
1.3 L'ORGANISATION MEDICALE DU CHIRC	15
1.3.1 <i>Les pratiques médicales et pharmaceutiques.....</i>	15
Les pratiques médicales.....	15
Les pratiques pharmaceutiques.....	15
1.3.2 <i>L'organisation médicale</i>	16
La visite médicale quotidienne	16
Le temps médical	16
La permanence des soins.....	17
1.3.3 <i>La compétence de certains personnels hospitaliers</i>	18
Les internes.....	18
Les sages-femmes.....	18
1.4 L'ORGANISATION INTERNE DU CHIRC	18
1.4.1 <i>L'organisation des activités en pôles.....</i>	18
1.4.2 <i>Les chefs de pôles</i>	19
Nomination	19
Missions et fonctions.....	19
1.4.3 <i>Les cadres de pôle.....</i>	20
Missions	20
1.4.4 <i>Les structures internes des pôles</i>	21
Pôle spécialités médicales	21
Pôle femme-enfant	21

Pôle spécialités chirurgicales	21
Pôle santé mentale et addictologie	21
Pôle gériatrie.....	21
Pôle support clinique	21
<i>1.4.5 Les contrats et projets de pôles</i>	<i>22</i>
Contrat.....	22
Projet	22
1.5 PLAINTES, RECLAMATIONS ET VOIES DE RECOURS.....	22
<i>1.5.1 La Commission des usagers (CDU).....</i>	<i>22</i>
Composition.....	23
Organisation	23
Missions.....	23
<i>1.5.2 Dépôt et enregistrement des plaintes et réclamations</i>	<i>23</i>
<i>1.5.3 Le médiateur.....</i>	<i>23</i>
<i>1.5.4 Les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI)</i>	<i>24</i>
<i>1.5.5 Le contentieux administratif et médical</i>	<i>24</i>
CHAPITRE 2 : RÈGLES APPLICABLES AUX PATIENTS, ACCOMPAGNANTS ET VISITEURS	25
2.1 LES DROITS ET OBLIGATIONS DES PATIENTS	25
<i>2.1.1 Les droits.....</i>	<i>25</i>
<i>2.1.2 Les obligations.....</i>	<i>25</i>
2.2 LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISATIONS ET AUX CONSULTATIONS EXTERNES.....	26
<i>2.2.1 Le libre choix médical</i>	<i>26</i>
Le principe du libre choix du médecin par le malade	26
Le transfert vers un autre établissement.....	26
<i>2.2.2 Les entrées et admissions.....</i>	<i>26</i>
Les formalités.....	26
Les modalités d'admission.....	27
L'admission anonyme et l'admission sous confidentialité.....	27
La compétence du Directeur en matière d'admission	27
Les objets et valeurs	27
<i>2.2.3 Les soins.....</i>	<i>28</i>
L'information sur les soins	28
La continuité des soins.....	28
Le consentement aux soins.....	28
<i>2.2.4 Le séjour à l'hôpital</i>	<i>30</i>
L'accueil et l'accompagnement	30
Les visites.....	31
Les repas	32
Le comportement	32
Dispositions transversales.....	33
<i>2.2.5 La sortie</i>	<i>33</i>
La sortie ordinaire.....	33
La sortie du fait du patient.....	34
Les formalités.....	34
<i>2.2.6 Fin de vie et décès.....</i>	<i>35</i>
La fin de vie	35
Le constat et le certificat de décès	35
La notification du décès	35
Toilette mortuaire – Dépôt d'objet – Corps.....	35
Libre choix de l'opérateur funéraire	35
Le transport du corps.....	36
L'inhumation ou la crémation.....	36

2.3 DISPOSITIONS PROPRES A CERTAINES PRISES EN CHARGE DE PATIENTS	37
2.3.1 <i>Unité de Soins Longue Durée (USLD) et EHPAD</i>	<i>37</i>
Accueil et admission des résidents	37
Vie du résident en EHPAD	38
La spécificité de la résidence en EHPAD	39
2.3.2 <i>Les femmes enceintes</i>	<i>40</i>
Le secret de l'hospitalisation	40
Admission des femmes désirant bénéficier d'une IVG	40
Déclaration de naissance	40
2.3.3 <i>Les mineurs</i>	<i>40</i>
Admission	40
Information, consentement et refus de soins	41
Communication du dossier médical	41
Règles de vie en pédiatrie	41
Sortie des mineurs	41
2.3.4 <i>Les personnes atteintes de troubles mentaux</i>	<i>41</i>
2.3.5 <i>Les personnes majeures protégées</i>	<i>42</i>
2.3.6 <i>Les militaires</i>	<i>42</i>
2.3.7 <i>Les personnes en garde à vue</i>	<i>42</i>
2.4 DISPOSITIONS RELATIVES AU DOSSIER PATIENT	43
2.4.1 <i>Conservation du dossier médical</i>	<i>43</i>
2.4.2 <i>Traitement informatique des informations nominatives</i>	<i>43</i>
2.4.3 <i>Communication du dossier médical</i>	<i>43</i>
CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS	45
3.1 PRINCIPES FONDAMENTAUX LIES AU RESPECT DU PATIENT	45
3.1.1 <i>Identification des personnels</i>	<i>45</i>
3.1.2 <i>Demande d'informations</i>	<i>45</i>
3.1.3 <i>Secret professionnel</i>	<i>45</i>
3.1.4 <i>Obligation de discrétion professionnelle</i>	<i>46</i>
3.1.5 <i>Neutralité, non-discrimination, principe de laïcité et devoir de réserve</i>	<i>46</i>
3.2 REGLES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE	46
3.2.1 <i>Dispositions générales</i>	<i>46</i>
Assiduité et ponctualité	46
L'exigence d'une tenue correcte	46
Alcootest et recherche de stupéfiant	46
Témoignage en justice	47
Restauration du personnel	47
3.2.2 <i>Le lien hiérarchique</i>	<i>47</i>
Exécution des instructions reçues	47
Information du supérieur hiérarchique	47
3.2.3 <i>L'organisation du travail</i>	<i>48</i>
Le bon usage des biens du CHIRC	48
Respect des règles d'hygiène et de sécurité	48
Obligation de signalement des événements indésirables	48
3.2.4 <i>Le désintéressement</i>	<i>48</i>
L'obligation de désintéressement	48
Le cumul d'emplois et d'activités	48
L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces	49
L'obligation de déposer les biens confiés par les usagers ou trouvés dans le CHIRC	49
3.3 LES DROITS PERSONNELS DES AGENTS	49
3.3.1 <i>La liberté d'expression</i>	<i>49</i>

3.3.2 Le droit syndical	49
3.3.3 Le droit de grève	49
3.3.4 Le document unique d'évaluation des risques professionnels	49
3.4 LA PROTECTION DES AGENTS	49
3.4.1 La protection contre le harcèlement.....	49
3.4.2 La protection des personnels dans l'exercice de leurs fonctions	50
Protection juridique	50
Protection contre les risques	50
CHAPITRE 4 : RÈGLES DE SÉCURITÉS GÉNÉRALES	51
4.1 PREVENTION ET MAITRISE DES RISQUES	51
4.1.1 Organisation de la sécurité interne	51
Nature et opposabilité des règles de sécurité	51
Les rapports avec les autorités de police et justice	51
4.1.2 Règles de responsabilité au sein de l'établissement.....	51
4.1.3 Circonstances exceptionnelles	51
Rôle de police du Directeur en cas de situations exceptionnelles	51
Plan blanc.....	52
4.1.4 Sécurité incendie.....	52
4.2 INTERVENTION DE LA POLICE ET DE LA JUSTICE	52
4.2.1 Enquêtes de police	52
4.2.2 Audition de patients	52
4.3 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT	53
4.3.1 Accès au CHIRC	53
Réglementation de l'accès au centre hospitalier	53
Nature de la voirie hospitalière	53
4.3.2 Stationnement des véhicules	53
ANNEXES.....	54
ANNEXE 1 : CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE.....	54
ANNEXE 2 : LISTE DES ACRONYMES.....	55

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Chapitre 1 - Titre 1

▼ Le Centre Hospitalier Intercommunal Redon-Carentoir (CHIRC)

1.1.1 Présentation

Le Centre Hospitalier Intercommunal Redon-Carentoir (CHIRC), établissement public de santé, assure les missions de diagnostic, de surveillance et de traitement des patients à tous les âges de la vie. Il dispose également de structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) d'un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et d'un foyer occupationnel pour adultes. Il dispose en outre d'un institut de formation d'aides-soignants (IFAS).

Conformément à la loi de modernisation du système de santé, le CHIRC a intégré le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Haute Bretagne depuis le 1^{er} juillet 2016, dont le CHU de Rennes est l'établissement support. Ce groupement doit permettre aux établissements de santé du territoire de santé n°5 de mettre en œuvre une « stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ». Ce partenariat est formalisé à travers un projet médical partagé qui vise à améliorer la prise en charge des patients par l'identification de filières claires et graduées pour les différentes pathologies, et la possibilité d'une prise en charge de proximité en maintenant les exigences de qualité des soins.

1.1.2 Valeurs

Principe d'égalité et d'accessibilité aux soins

Le CHIRC garantit l'égal accès de tous aux soins dispensés et ne commet aucune discrimination entre les patients.

La mise en œuvre du service public hospitalier s'effectue dans un cadre tarifaire précis et accessible au patient. À ce titre, le CHIRC garantit aux assurés sociaux les tarifs opposables sous réserve des dispositions relatives à l'exercice libéral des praticiens au sein du CHIRC.

L'hôpital fonctionne de manière ininterrompue, et assure la continuité des soins grâce à la réalisation de permanences de jour comme de nuit.

Principe de neutralité et de laïcité

Tous les usagers sont pris en charge de la même façon quelle que soit leur appartenance religieuse, leur race, leur opinion ou leur origine, dans le respect de toutes les croyances. À ce titre, les patients hospitalisés peuvent exercer leur culte ou recevoir la visite du ministre du culte de leur choix. De même, une chambre mortuaire est mise à la disposition des familles des personnes décédées dans l'établissement afin qu'elles puissent disposer du temps nécessaire à l'organisation des obsèques.

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.

Enfin, les personnels sont tenus de ne pas faire état de leur opinion dans l'exercice de leurs fonctions, et ne peuvent manifester aucune croyance religieuse.

Principe de mutabilité

Pour répondre au mieux aux besoins des patients, le service public hospitalier doit constamment s'adapter aux évolutions de la société (évolution techniques, évolutions organisationnelles...). Cette réorganisation se fait dans l'intérêt général. La nécessité d'évolution s'applique non seulement au service public hospitalier mais aussi aux usagers, qui doivent accepter ces modifications.

Dignité et bientraitance²

La personne malade a droit au respect de sa dignité. La personne hospitalisée est traitée avec égard. Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Les personnels médicaux et soignants du CHIRC exercent leur mission dans le respect de la vie humaine et de la dignité des malades.

Le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et visites médicales, des traitements, et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier.

Le CHIRC s'efforce d'assurer la tranquillité des personnes et réduisent au mieux les nuisances, liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

La douleur du patient doit être en toutes circonstances évaluée, prise en compte, et traitée. L'établissement s'y engage et s'organise à cet effet, notamment par le Comité de lutte contre la douleur (CLUD).

Une attention particulière est portée au soulagement de la douleur des personnes en fin de vie. L'établissement s'est organisé pour assurer à tout patient une fin de vie dans la dignité, notamment à travers l'équipe mobile d'accompagnement en soins palliatifs (EMSP). Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

La promotion de la bientraitance au quotidien est inscrite dans le projet d'établissement et le projet d'offre de soins (2015-2020) du CHIRC.

Chapitre 1 - Titre 2

▼ L'organisation administrative du CHIRC

1.2.1 Les instances de décision

Le Conseil de Surveillance

Composition

Le Conseil de Surveillance du CHIRC est composé de 15 membres³. Leur mandat est de cinq ans.

Collectivités territoriales (5)	Représentants du personnel (5)	Personnalités qualifiées (5)
<ul style="list-style-type: none"> • Maire de la commune siège • 1 représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées d'hospitalisation autres que celles de l'établissement principal • 2 représentants des EPCI auxquelles appartiennent ces deux communes • 1 représentant du Conseil Départemental du département siège de l'établissement principal 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 représentant de la CSIRMT • 2 représentants de la CME • 2 représentants du CTE 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 personnes désignées par l'ARS • 3 personnes désignées par le Préfet dont 2 usagers

Présidence

Le Conseil de Surveillance élit son président pour cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées.

² Cf. Protocole du CHIRC sur la bientraitance

³ Article R 6143-1 du CSP

Attributions

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur la gestion de celui-ci. À ce titre :

- il communique au Directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur et sur la gestion de l'établissement ;
- il opère à tout moment les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission ;
- il formule ses observations sur les comptes de l'exercice qui lui sont adressés par le Directeur aux fins de vérification ;
- si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, il nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes ;
- il entend le Directeur sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ainsi que sur le programme d'investissement.

De plus, le Conseil de Surveillance délibère sur le projet d'établissement, le compte financier et l'affectation des résultats, le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur, toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son Conseil de Surveillance.

Enfin, le Conseil de Surveillance donne son avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et le règlement intérieur de l'établissement.

Le Directeur

Le Directeur Général conduit la politique générale de l'établissement. Il est nommé par voie ministérielle. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement à l'exclusion de celles qui relèvent de la compétence du Conseil de Surveillance.

Dans les domaines déterminés par la loi, les décisions sont prises par le Directeur Général après concertation avec le Directoire.

Pour assurer sa mission sur toute l'étendue de l'établissement, le Directeur est assisté de directeurs adjoints qu'il réunit périodiquement au cours d'un comité de direction. Il travaille en étroite liaison avec le Président de la CME, véritable « coordonnateur médical » avec lequel il élabore le projet médical de l'établissement.

Il participe aux séances du Conseil de Surveillance et exécute ses délibérations.

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques qui s'imposent aux professions de santé.

Il prononce l'admission des patients au sein de l'établissement après avis médical.

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

Enfin, des délégations de signature peuvent être mises en œuvre.

Le Directoire

Le Directoire a pour mission d'appuyer et de conseiller le Directeur dans la conduite et la gestion de l'établissement.

Composition

Le Directoire est composé de 7 membres dont trois membres sont de droit et quatre membres sont nommés pour une durée de quatre ans. Les trois membres de droit sont :

- le Directeur Général, qui en est le président,
- le président de la CME, qui en est le vice-président,
- le président de la CSIRMT.

Le Directeur Général nomme quatre membres pour une durée de quatre ans, dont trois praticiens hospitaliers sur proposition du Président de la CME :

- un médecin représentant les chefs de pôle,
- un médecin représentant des filières de soins internes,
- un médecin en charge des relations villes-hôpital et coordonnateur médical de la filière gériatrique,
- un Directeur adjoint représentant l'équipe de direction.

Par ailleurs, le directoire voit sa composition élargie par des invités permanents :

- les chefs de pôle,
- le Directeur de la filière gériatrique,
- un médecin libéral autorisé sur le site de Carentoir si aucun ne figure parmi les médecins nommés sur proposition du Président de la CME.

Attributions⁴

Le Directoire prépare le projet d'établissement.

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

Il est concerté sur la majeure partie de la politique de gestion de l'établissement. Cette concertation permet au Directeur de disposer de tous les avis nécessaires à la prise de décision.

Il approuve le projet médical.

1.2.2 Les instances de concertation et de représentation

La Commission Médicale d'Établissement (CME)

La Commission Médicale d'Établissement (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.

Composition

La CME du CHIRC, composée de 30 membres, est représentative des personnels médicaux et pharmaceutiques.

Y figurent :

- collège des chefs de pôle : 6 membres de droit,
- collège des responsables de structure interne : 7 membres,
- collège des praticiens hospitaliers : 8 membres,
- collège des personnels médicaux temporaires, non titulaires ou libéraux : 5 membres dont un représentant du site de Carentoir,
- collège des sages-femmes : 4 membres,
- collège des internes : 1 membre.

Assistent en outre 6 membres avec voix consultative :

- le président du Directoire, ou son représentant. Il peut être assisté de toute personne de son choix ;
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation, et médicotechniques ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ;
- un représentant du CTE ;
- le représentant du laboratoire ;
- le médecin représentant l'ARS-DT 35.

Présidence

Le Président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement et élabore avec le Directeur, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement.

Il est élu parmi les praticiens titulaires de la CME pour un mandat de quatre ans, renouvelable une fois. Il est statutairement Vice-président du Directoire et membre de droit du Conseil de Surveillance.

Les fonctions de président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

Organisation

La CME se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui fixe l'ordre du jour. Elle définit librement son organisation dans son règlement intérieur qu'elle met régulièrement à jour.

Attributions

La CME est, selon les cas, consultée ou informée, conformément à la réglementation.

Elle définit l'organisation la mieux adaptée pour répondre à ses missions, notamment en matière de lutte contre les infections nosocomiales, politique du médicament, et prise en charge de la douleur.

⁴ Article L 6143-7 du CSP

Elle contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle propose au Directeur le programme d'actions en matière de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ce programme d'action répond aux recommandations du rapport de certification et met en œuvre les objectifs fixés dans le CPOM ; ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La CME donne son avis sur les orientations stratégiques de l'hôpital, son organisation interne, la politique de coopération territoriale, la politique de recherche et d'innovation, l'accueil et l'intégration des professionnels et des étudiants, ainsi que la gestion prévisionnelle des emplois. Son avis peut aussi être sollicité sur tout sujet par son président, notamment pour mieux renseigner les membres du Directoire.

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

La CSIRMT est consultée ou informée sur les questions liées à l'organisation des soins dans les conditions fixées par décret.⁵

Composition

Cette commission est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle est composée de 20 membres qui représentent les cadres de santé, les personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et les aides-soignants.

Les membres sont élus pour une durée de quatre ans et se répartissent en trois collèges :

- collège des cadres : 3 membres,
- collège des infirmiers, rééducateurs et médico-techniques : 10 membres dont au moins un du site de Carentoir,
- collège des aides-soignants : 7 membres dont un du site de Carentoir,
- un médecin issu de la CME.

Présidence

La présidence est assurée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il rend compte, chaque année, de l'activité de la CSIRMT dans un rapport adressé au Directoire.

Organisation

La CSIRMT se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président. Elle est dotée d'un bureau et d'un règlement intérieur qui est mis à jour régulièrement.

Attributions

La CSIRMT est consultée sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique élaboré par le Coordonnateur Général des Soins ;
- l'organisation des soins et l'accompagnement des malades ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la politique de développement professionnel continu (DPC).

Elle est aussi informée sur le règlement intérieur et le rapport annuel d'activité de l'établissement et la mise en place de la procédure de recrutement des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral.

Le Comité Technique d'Établissement (CTE)

Ce comité est une instance consultative visant à associer les personnels hospitaliers non médicaux à la gestion de l'établissement.

⁵ Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé

Composition⁶

Le CTE est composé du Directeur de l'établissement ou son représentant, de 10 membres titulaires et de 10 membres suppléants représentants élus du personnel. Le mandat des représentants est fixé à quatre ans.

Présidence

Il est présidé par le Directeur Général, ou son représentant membre du corps des personnels de direction.

Organisation

Le comité technique d'établissement se réunit au minimum quatre fois par an. Les avis et vœux sont, conformément au Code de la Santé Publique (CSP), portés à la connaissance du personnel par voie d'affichage dans un délai de 15 jours. L'affichage est réalisé dans les services selon les modalités habituelles, et dans les lieux d'affichages habituels.

Le CTE dispose de son propre règlement intérieur, contenant des précisions relatives à l'organisation ainsi qu'à la préparation et la tenue des réunions.

Attributions

Le CTE est obligatoirement consulté sur :

- les projets de délibération du Conseil de Surveillance :
- les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement :
- la politique générale de formation du personnel :
- les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité :
- la politique sociale :
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers :
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ainsi que du budget.

Le CTE dispose d'une sous-commission spécifique à la formation.

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

Au CHIRC, il existe deux CHSCT : un pour le site de Redon et l'autre pour le site de Carentoir.

Composition

Les représentants des personnels non médicaux (6 membres) sont désignés par les organisations syndicales représentatives. Ceux des personnels médicaux (1 membre) sont désignés par la CME en son sein.

Le CHSCT comprend également des membres avec voix consultative qui sont : le médecin du travail, le praticien hygiéniste, le gestionnaire des risques, l'inspecteur du travail et les agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale, le responsable technique et les membres de l'équipe de direction.

Présidence

Le CHSCT est présidé par le Directeur de l'établissement ou son représentant.

Attributions

Cette instance a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale, de la sécurité des travailleurs de l'établissement, de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, et de veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Le régime applicable aux CHSCT dans les établissements de santé est prévu aux articles R4615-1 à 21 du Code du travail.

⁶ Art. R. 6144-42-1 du CSP

À ce titre, le CHSCT donne un avis sur :

- tous les documents se rattachant à sa mission, et notamment sur le règlement intérieur de l'établissement ;
- le rapport annuel présenté par le Directeur portant sur le bilan de la situation en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, et le bilan des actions menées pour les améliorer ;
- le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Il se prononce sur les conditions d'exécution de ce programme ;
- le CHSCT analyse les risques professionnels, procède à des inspections, effectue des enquêtes au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, et contribue à la prévention des risques professionnels, et propose notamment des actions de prévention.

Il dispose d'un droit d'alerte en cas de danger grave et imminent ainsi qu'une mission d'inspection régulière des installations.

Le CHSCT dispose de son propre règlement intérieur.

1.2.3 Les instances spécialisées du CHIRC

Le Comité de Pilotage Qualité / Gestion des risques

Composition

Le comité de pilotage qualité et gestion des risques est une instance pluridisciplinaire réunissant :

- le Directeur ;
- le président de CME ;
- le président de la CSIRMT ;
- les directeurs adjoints ;
- la cellule qualité et gestion des risques : Directeur qualité et gestion des risques, Coordonnateur médical des risques associés aux soins, gestionnaire des risques, responsable et assistant qualité et IDE référent ;
- les responsables et cadres de pôles.

Missions

Le comité formalise le programme annuel d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques grâce au recueil de données issues des instances, comités, événements indésirables, plaintes et réclamations, rapport de certification, pôles cliniques, directions fonctionnelles...

Il élabore et suit l'avancement du programme qualité et gestion des risques en définissant les axes prioritaires et en hiérarchisant les projets et actions préventives et correctives.

Par ailleurs, le comité :

- veille à la formation des acteurs,
- s'assure de la mise en œuvre des actions de communication,
- promeut et développe les démarches qualité/gestion des risques,
- assure la gestion des documents internes et externes.

Il réalise une revue du système de management de la qualité et de la gestion des risques.

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

Les infections nosocomiales sont des infections contractées dans un établissement de santé. Elles peuvent toucher les personnes soignées ainsi que les professionnels de santé en raison de leur activité.

Le CLIN, à l'initiative de son président, se réunit périodiquement pour établir un programme annuel de lutte et en suivre sa réalisation. Ce programme comprend entre autre la rédaction ou la réactualisation des protocoles, des formations, des actions de prévention et de surveillance.

Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)

Composé d'une équipe pluridisciplinaire et présidé par un médecin ou un pharmacien, le CLUD a pour mission d'aider à la définition d'une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur, ainsi qu'à la promotion et à la mise en œuvre des actions dans ce domaine.

Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)

Le CLAN, en lien avec la CME, est une structure consultative participant par ses avis ou ses propositions à l'amélioration de la prise en charge des patients, ainsi qu'à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation/nutrition y compris en ce qui concerne les projets d'aménagement des locaux, des circuits et des équipements dans le cas où ces projets peuvent avoir des incidences dans ce domaine.

Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)

Conformément à la réglementation, le COMEDIMS participe par ses avis à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les infections iatrogènes à l'intérieur des établissements. Elle a notamment pour mission :

- d'élaborer la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement ;
- de s'associer à l'élaboration des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ;
- de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

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

Elle a pour missions⁷ :

- de définir annuellement l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité et dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- de donner un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens.

La Commission d'Activité Libérale⁸ (CAL)

Composition

La composition est arrêtée par le Directeur général de l'ARS. La commission comporte 8 membres :

- le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- le Directeur général de l'ARS,
- un médecin représentant de conseil départemental de l'ordre des médecins,
- un médecin représentant le Conseil de Surveillance,
- un praticien pratiquant une activité libérale au sein de l'établissement,
- un praticien temps plein n'exerçant pas d'activité libérale,
- un représentant des usagers du système de santé.

Missions

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

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

Le comité d'éthique

Le comité d'éthique est composé de personnes choisies pour leur compétence et leur intérêt pour les questions d'éthiques. Sa composition est basée sur le pluralisme et la pluridisciplinarité.

Ses missions sont de :

- faciliter et aider la décision des professionnels de santé qui ont à résoudre des questionnements d'ordre éthique à l'occasion de l'exercice de leur activité notamment dans leur rapport avec les malades et leur famille, en particulier pour les conduites diagnostiques et thérapeutiques ;

⁷ Article 8 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

⁸ Article R6154-11 du CSP

- donner un avis sur les problèmes éthiques posés par l'institution ;
- sensibiliser et former à l'éthique les professionnels de santé ;
- travailler en réseau avec les autres Comités et Espaces d'éthique médicale.

Il permet de réaliser une interface entre les professionnels et la réglementation grâce à la veille documentaire et juridique.

Les autres sous commissions de la CME

- La commission de formation et de DPC
- La commission des soins non programmés de gestion des lits au sein de laquelle nous retrouvons :
 - la commission d'organisation de la permanence des soins
 - la cellule hôpital en tension
- La commission des anti-infectieux
- La commission d'investissement

Chapitre 1 - Titre 3

▼ L'organisation médicale du CHIRC

1.3.1 Les pratiques médicales et pharmaceutiques

Les pratiques médicales

Le Code de déontologie médicale, défini par la réglementation, s'applique à tous les médecins de l'établissement. Ce document précise les devoirs généraux des praticiens, leurs obligations envers les malades, de même que les rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé.

Le praticien doit soigner avec la même conscience tous les malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation, et les sentiments qu'ils lui inspirent⁹.

Selon les règles déontologiques fixées par décret en 2012, le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. À ce titre, le praticien entretient et perfectionne ses connaissances.

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension¹⁰. Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance¹¹. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Le médecin respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, et de dévouement, indispensables à l'exercice de la médecine¹².

Les pratiques pharmaceutiques

Le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie est responsable des activités prévues par la loi et autorisées pour cette pharmacie. Il assure la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés dans le Code de la santé publique, ainsi que des dispositifs médicaux stériles¹³.

⁹ Article R-4127-7 du CSP

¹⁰ Article R-4127-35 du CSP

¹¹ Article R-4127-8 du CSP

¹² Article R-4127-3 du CSP

¹³ Article L5126-5 du CSP

Il mène ou participe à toute action d'information sur les produits considérés et à toute action d'évaluation de leur bon usage ; il concourt à la pharmacovigilance, à la matériovigilance et à la commission en charge des médicaments et des dispositifs médicaux. Au travers du contrat de bon usage du médicament, il participe à l'amélioration du circuit du médicament.

Le personnel attaché à la pharmacie exerce ses fonctions sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance et des pharmaciens adjoints de cette pharmacie à usage intérieur.

La comptabilité de la pharmacie est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité. La tenue de cette comptabilité est exclusive de tout maniement de fonds.

1.3.2 L'organisation médicale

La visite médicale quotidienne

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement chaque matin. Une contre-visite est organisée en fin de journée.

Le jour de sortie des patients est fixé par le médecin en charge du patient. La sortie peut se faire tout au long de la journée, en semaine et en week-end. Pour l'unité d'hospitalisation complète de santé mentale, la sortie s'effectue uniquement du lundi au vendredi.

Le temps médical¹⁴

L'organisation de l'activité médicale et pharmaceutique comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et jour férié. Le service quotidien de jour s'entend du lundi matin au samedi matin inclus.

Elle détermine la durée des deux périodes sur 24 heures, correspondant au jour et à la nuit qui ne peuvent en aucun cas être d'une amplitude supérieure à 14 heures.

Les tableaux de service

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale et pharmaceutique établie en fonction des caractéristiques propres aux différents services est arrêtée annuellement par le Directeur d'établissement après avis de la commission médicale d'établissement.¹⁵

Le tableau de service mensuel nominatif prévisionnel (sur proposition du chef de service) est arrêté le 20 de chaque mois pour le mois suivant. Il indique de manière détaillée les périodes de temps de travail de jour et de nuit de garde et/ou d'astreinte à domicile pour chaque praticien du service. Y figurent également toutes les activités comptabilisées dans les obligations de service (activité d'intérêt générale, activité libérale, congés, formation...).

Il peut être réajusté au jour le jour et au plus tard à la fin de chaque période mensuelle en fonction de la présence et des absences constatées pour chaque praticien.

Le tableau réalisé permet la rémunération statutaire et la rémunération des différentes indemnités.

Les obligations de service¹⁶

Les obligations de services sont, pour un praticien exerçant à temps plein, de 10 demi-journées hebdomadaires (réparties sur les 11 demi-journées ouvrables du lundi matin au samedi midi) ou pour les services en temps médical continu de 48 heures maximum hebdomadaire ; cette durée est calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Elles sont proratisées en fonction du temps de travail du praticien.

L'activité libérale des praticiens hospitaliers¹⁷

Dès lors que l'exercice des missions de service public n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé sont autorisés à exercer une activité libérale dans les conditions définies ci-après.

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

¹⁴ Article R6152-26 du CSP

¹⁵ Article R6152-26 du CSP

¹⁶ Article R6152-27 du CSP

¹⁷ Articles L6154-1 à L6154-7 du CSP

- que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;
- que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. Les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent au Directeur et au président de la commission de l'activité libérale de l'établissement public de santé dans lequel il exerce les informations sur ses recettes, le nombre de ses consultations et le volume des actes qu'il effectue.

Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement public de santé sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire. Ce contrat est approuvé par le Directeur général de l'agence régionale de santé après avis du Directeur, du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement, pour une durée de cinq ans renouvelable. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

Dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité. ([cf. p14](#))

Les attributions, les conditions de fonctionnement et la composition de cette commission, au sein de laquelle doit notamment siéger un représentant des usagers du système de santé, sont fixées par voie réglementaire.

Cette commission peut, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment la communication des statistiques de son activité qui sont détenues par les organismes de sécurité sociale compétents.

Pour tout acte ou consultation, le patient qui choisit d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien reçoit, au préalable, toutes les informations nécessaires à leur bonne compréhension, quant aux règles qui lui seront applicables du fait de son choix¹⁸. En cas d'hospitalisation, il formule expressément et par écrit son choix d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien.

La permanence des soins¹⁹

La permanence des soins a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

L'astreinte

L'astreinte s'effectue à domicile ou dans tout autre lieu au choix du praticien à condition qu'il soit joignable en permanence et qu'il puisse intervenir dans les plus brefs délais.

L'astreinte est organisée en dehors du service quotidien de jour :

- la nuit en semaine de 18h30 à 8h30,
- du samedi à 12h30 au lundi à 8h30,
- les jours fériés de 8h30 à 8h30 le lendemain matin.

L'astreinte est dite soit « opérationnelle » (déplacements fréquents du médecin à l'hôpital), soit de sécurité (déplacements moins importants). L'ensemble des personnels médicaux est concerné à l'exception des assistants associés et attachés associés.

La permanence sur place

La permanence sur place s'effectue au sein de l'établissement et répond à des exigences de sécurité.

La permanence sur place est organisée :

- la nuit en semaine de 18h30 à 8h30,
- les samedis, dimanche et les jours fériés de 8h30 à 8h30 le lendemain.

¹⁸ Article L1111-3 du CSP

¹⁹ Arrêté du 30 avril 2003, version consolidée du 9 février 2017, relatif à l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et l'EHPAD

Les assistants associés et les attachés associés peuvent participer aux permanences sur place. L'indemnisation de la permanence des soins du personnel médical au CHIRC est réglementée par l'arrêté du 30 avril 2003 (article 13). L'indemnisation de la garde des internes est, pour sa part, prévue par l'arrêté du 10 septembre 2002.

1.3.3 La compétence de certains personnels hospitaliers

Les internes

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

- Au sein des services médico-techniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic.
- Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques.
- Les internes participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour.

Le CHIRC accueille des internes deux fois par an, pour une durée de six mois.

À l'arrivée de chaque interne, le CHIRC leur remet un courrier d'accueil, détaillant les modalités de leur stage dans l'établissement, les règles de responsabilités et les informations pratiques dont ils ont besoin. Une journée d'accueil est également prévue pour les nouveaux arrivants.

Les sages-femmes

Les sages-femmes sont responsables, au sein du service de gynécologie-obstétrique dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux. Elles peuvent également réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse et vacciner l'entourage de la femme et de l'enfant pendant la période postnatale²⁰.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la patiente à un médecin en cas de situations pathologiques.

Chapitre 1 - Titre 4

▼ L'organisation interne du CHIRC

1.4.1 L'organisation des activités en pôles

Les pôles d'activité sont définis par le Directeur, après concertation avec le Directoire et avis du président de la CME²¹. Cette organisation doit être conforme au projet médical d'établissement.

Le choix de la dénomination, du nombre, de la taille, et de la composition des pôles appartient à l'établissement conformément au principe de la liberté des organisations.

Le CHIRC s'organise comme suit.

- 5 pôles d'activités cliniques :
 - pôle spécialités médicales
 - pôle spécialités chirurgicale
 - pôle femme-enfant

²⁰ Décret n°2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination

²¹ Article L6146-1 du CSP

- pôle santé mentale et addictologie
- pôle gériatrie
- 1 pôle support clinique (urgences, pharmacie, imagerie...)

1.4.2 Les chefs de pôles

Nomination

Les chefs de pôles d'activité clinique et médico-techniques sont nommés par le Directeur, sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME²².

Peuvent être nommés chefs de pôles :

- les praticiens hospitalo-universitaires,
- les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie et pharmacie,
- les praticiens contractuels,
- les praticiens contractuels associés.

Ils sont nommés pour une durée de quatre ans renouvelable, par la même procédure que celle de nomination. À tout moment il peut être mis fin à la fonction de chef de pôle, dans l'intérêt du service, par décision du Directeur après avis du président de la CME pour les chefs de pôles d'activités cliniques ou médico-techniques.

Missions et fonctions²³

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs assignés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction de la nécessité de l'activité. Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et des responsabilités des structures prévues par le projet de pôle.

Il est responsable de l'ensemble du fonctionnement du pôle.

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique est assisté par un ou plusieurs collaborateurs (cadres, directeurs...) dont il propose la nomination au Directeur d'établissement ; si le pôle comprend une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Le chef de pôle exerce un rôle, dont les modalités précises sont indiquées dans le contrat de pôle, dans les domaines suivants :

- gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- proposition au Directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle ;
- affectation des personnels au sein du pôle ;
- organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques ;
- déclinaison de la politique qualité au sein du pôle.

Le chef de pôle intervient dans la nomination des personnels médicaux en proposant au Directeur la nomination et la mise en recherche des praticiens hospitaliers, proposition qui donne lieu à un avis du président de la CME.

Concernant l'admission sur contrat de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, le chef de pôle la propose au Directeur. Le président de la CME donne son avis.

²² Article L6146-1 du CSP

²³ Article L6146-1 du CSP

Au sein de son pôle, le chef de pôle a pour mission d'organiser une concertation interne, pour laquelle il associe toutes les catégories de personnel.

Le chef de pôle a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, afin de mener à bien sa politique de gestion et d'assurer le bon fonctionnement du pôle. Cette autorité comprend l'affectation des ressources en fonction de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle.

Dans les deux mois suivants leur nomination, le Directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et comprenant les apprentissages suivants :

- gestion budgétaire et financière,
- pilotage médico-économique et performance hospitalière,
- systèmes d'information hospitaliers,
- management des ressources humaines,
- qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins,
- management d'équipe et conduite du changement.

Cette formation peut également comporter un accompagnement pour la mise en œuvre des contrats de pôles. La durée totale de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle ne peut pas être inférieure à soixante heures.

Une indemnité de fonction²⁴ est versée aux chefs de pôles, modulée en fonction des objectifs figurant dans le contrat de pôle et comprenant :

- une part fixe d'un montant de 200 euros bruts,
- une part variable annuelle d'un montant maximum de 2 400 euros bruts, déterminée par le Directeur en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle.

Le versement de l'indemnité est suspendu lorsque les fonctions du chef de pôle prennent fin ou lorsque le praticien démissionne de ses fonctions avant le terme de son mandat. Cette indemnité n'est pas assujettie au régime de retraite complémentaire.

1.4.3 Les cadres de pôle

Le cadre soignant assistant le responsable médical d'un pôle clinique ou médico-technique est appelé « cadre de pôle ». Il est membre du trio de pôle avec le médecin chef du pôle et le Directeur référent de pôle. Ensemble, ils pilotent l'organisation du pôle. Il est désigné pour une durée de quatre ans.

Le cadre de pôle est nommé par le Directeur sur proposition du praticien chef de pôle. Il dépend sur le plan hiérarchique de l'autorité qui l'a nommé, et au plan fonctionnel du chef de pôle. Il désigne, en accord avec le chef de pôle et le Directeur des soins, un cadre de santé pour le remplacer en cas d'absence transitoire ou d'empêchement de courte durée.

Un cadre de pôle peut également être cadre d'une structure interne.

Missions

Les fonctions du cadre de pôle s'exercent dans le respect des règles déontologiques et de son champ de compétences. Il rend compte de ses activités au chef de pôle, ainsi qu'au Directeur et au coordonnateur général des soins dans le respect des compétences et attributions de chacun.

En collaboration avec le chef de pôle, il décline la politique générale définie par le Directeur d'établissement au sein du pôle dont il est responsable (déclinaison du projet d'établissement et du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens). Il participe donc, avec le chef de pôle, à l'élaboration du projet de pôle, en étroite liaison avec les responsables de structures internes, les praticiens et les cadres soignants du pôle.

Il manage l'ensemble du pôle :

- management des cadres de proximité des différentes unités du pôle,
- conduite de projet,
- gestion des agents du pôle, des ressources et des techniques.

Il participe au contrôle de gestion, notamment grâce au suivi d'indicateurs et aux tableaux de bords, et contribue au rapport annuel d'activité du pôle qui inclut le bilan de l'exécution du contrat.

²⁴ Arrêté du 11 juin 2010

1.4.4 Les structures internes des pôles

Chaque pôle est divisé en structures internes. Cette organisation est le reflet de la stratégie médicale et médico-technique de l'établissement.

Listes des structures internes au CHIRC

Pôle spécialités médicales

- Pneumologie
- Cardiologie
- Équipe mobile de soins palliatifs
- Dermatologie
- Rhumatologie

Pôle femme-enfant

- Gynécologie
- Obstétrique
- Orthogénie
- Pédiatrie

Pôle spécialités chirurgicales

- Chirurgie spécialisée (orthopédie, viscérale, gynécologique, stomatologie, ORL)
- Gastro entérologie
- Bloc opératoire
- Unité médico-chirurgicale ambulatoire
- Endoscopie
- Anesthésie-Réanimation / Unité de soins continus
- Consultations externes
- Dépôt de produits sanguins et labiles
- Chimiothérapie

Pôle santé mentale et addictologie

- Hospitalisation complète
- Centre médico-psychologique (CMP)
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
- Urgences / Liaison
- Hôpital de jour de psychiatrie
- Foyer de vie Camille Claudel
- Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
- Filière addictologie

Pôle gériatrie

- Soins de suite et réadaptation (SSR) à Redon et Carentoir
- Médecine physique et de réadaptation (MPR)
- Court séjour gériatrique
- Unité de soins longue durée (USLD)
- EHPAD à Redon et Carentoir
- Équipe mobile de gériatrie
- Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- Équipe mobile pour la maladie d'Alzheimer et apparentée (équipe spécialisée Alzheimer)

Pôle support clinique

- Imagerie médicale
- Pharmacie
- Stérilisation
- Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH)
- SMUR, urgences (SAU), UHCD, unité post-urgences

- Neurologie / Unité de proximité AVC
- Plateau technique de réadaptation
- Diététique
- Brancardage
- Chambre mortuaire

1.4.5 Les contrats et projets de pôles

Contrat²⁵

L'élaboration du contrat de pôle est réalisée de manière pluridisciplinaire associant les médecins, les équipes de direction, le président de la CSIRMT et les cadres de pôle.

Le Directeur signe un contrat de pôle avec le chef de pôle après concertation avec le Directoire et avis du président de CME.

Le contrat de pôle est signé pour une période de quatre ans. Il fait l'objet d'avenants annuels. Il peut également donner lieu à une ou plusieurs réunions de dialogue de gestion entre la direction et le pôle durant sa période d'exécution.

Le contrat de pôle, en précisant les objectifs et les moyens, contient les éléments essentiels au bon fonctionnement du pôle : organisation interne, délégation de signature, gestion des ressources humaines, relation avec les autres pôles, développement ou évolution d'activité, organisation de la permanence des soins, modalités d'intéressement... Par ailleurs, les objectifs en matière de qualités et sécurité des soins sont obligatoirement définis.

La réalisation des objectifs du contrat de pôle est soumise à une évaluation grâce aux indicateurs qui ont été fixés.

Projet²⁶

Il revient au chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique d'élaborer un projet de pôle, après la signature du contrat de pôle. Ce projet définit :

- les missions et responsabilités confiées aux structures internes,
- l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle.

Le projet de pôle prévoit les évolutions du champ d'activité de ces structures ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent. Le projet de pôle détermine donc l'activité médicale du pôle, les objectifs de niveau d'activité pour chaque structure interne ou pour les professionnels, les ressources nécessaires à venir, les évolutions.

Lorsqu'il est nommé, le chef de pôle dispose d'un délai de trois mois pour élaborer le projet du pôle dont il a la responsabilité. Le projet de pôle doit être élaboré de manière participative avec les responsables des structures internes et les cadres du pôle. Le projet de pôle doit également être cohérent avec le projet médical, le projet d'établissement et les projets des autres pôles.

1.5.1 La Commission des usagers (CDU)²⁷

La commission des usagers (CDU) représente les patients et leur famille. Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

²⁵ Article R6146-8 du CSP

²⁶ Article R6146-9 du CSP

²⁷ Décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la CDU des établissements de santé

Composition²⁸

La CDU est composée de membres permanents :

- le Directeur représentant légal de l'établissement ou son représentant,
- un médiateur médecin,
- un médiateur non médecin,
- deux représentants des usagers.

et de membres invités :

- le président de la CME,
- un représentant de la CSIRMT,
- un représentant du Conseil de Surveillance,
- un représentant de la qualité.

La présidence de la commission est assurée soit par le représentant légal de l'établissement, soit par un représentant des usagers. La durée du mandat est de trois ans.

Organisation

La commission se réunit au moins une fois par trimestre.

Missions

La commission a une double attribution.

- Le respect des droits des usagers : la commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle met en œuvre les moyens nécessaires à l'expression de leurs griefs.
- La fonction qualité : la commission participe à l'amélioration de la politique d'accueil et de la prise en charge des patients et de leurs proches. Dès lors, elle est consultée au moins une fois par an sur cette politique menée dans l'établissement. Elle rend des avis et fait des propositions dans le domaine de l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

1.5.2 Dépôt et enregistrement des plaintes et réclamations

Toute personne accueillie au sein du CHIRC (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants-droit) peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement au Directeur Général. Les observations et réclamations sont examinées avec le plus grand soin. Il y est donné réponse dans les meilleurs délais.

Le patient (ou ses ayants droit) souhaitant adresser une demande de réparation doit en faire la demande par courrier auprès du Directeur.

1.5.3 Le médiateur

Le médiateur intervient afin de résoudre à l'amiable un conflit entre les patients ou leur famille et des professionnels du centre hospitalier à la demande de la CDU. Le Directeur Général désigne un médiateur médecin et un médiateur non médecin.

Le médiateur médical et son suppléant sont désignés parmi les médecins exerçant au sein de l'établissement ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer au sein de la même structure médicale.

Le médiateur non médical et son suppléant sont désignés parmi le personnel non médecin exerçant au sein du centre hospitalier.

Les médiateurs rencontrent le patient ou ses ayants droit, lorsqu'ils en font la demande. Ils peuvent également rencontrer ses proches lorsqu'ils l'estiment utile, ou à leur demande. Lorsque le médiateur médical 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.

²⁸ Article R1112-81 du CSP

1.5.4 Les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI)

Dans chaque région, une ou plusieurs commission de conciliation et d'indemnisation sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes, aux infections nosocomiales, ainsi que tout autre litige entre usagers et professionnels de santé, établissements et services de santé, organismes ou producteurs de produits de santé.

La commission se réunit également en formation de conciliation²⁹ pour répondre aux contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé.

1.5.5 Le contentieux administratif et médical

Le patient (ou ses ayants droits) peuvent saisir le tribunal administratif pour ce qui concerne les actes de prévention, de diagnostic ou de soins, ainsi que pour les affections iatrogènes et les infections nosocomiales.

Dans tous les cas, la possibilité d'engager des poursuites s'éteint 10 ans à compter de la date de consolidation du dommage.

Avant de porter l'affaire devant un tribunal, il faut d'abord adresser une demande d'indemnisation au Directeur de l'hôpital par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle relate les circonstances de l'intervention médicale et le préjudice subi.

²⁹ Article L1114-4 du CSP

CHAPITRE 2 : RÈGLES APPLICABLES AUX PATIENTS, ACCOMPAGNANTS ET VISITEURS

Chapitre 2 - Titre 1

▼ Les droits et obligations des patients

Les droits des patients sont présentés et détaillés dans les différents chapitres du présent règlement en fonction du thème auquel ils se rapportent.

2.1.1 Les droits³⁰

Le patient qui effectue un séjour dans un établissement de santé bénéficie d'un certain nombre de droits garantis par une charte ([cf. annexe n°1, p.54](#)).

Les différents droits sont :

- la liberté de choix et l'accès aux soins : l'hôpital est accessible à tous, et toute personne est libre de choisir l'établissement qui la prendra en charge (dans la limite des possibilités de chaque établissement) ;
- le droit à l'information et au consentement : l'information donnée au patient doit être loyale et accessible. Elle doit lui permettre de participer aux choix concernant sa santé. En outre, un acte médical ne peut être réalisé qu'avec le consentement libre et éclairé du patient ;
- le droit à la qualité des soins : les établissements de santé doivent garantir la qualité de l'accueil, des traitements et des soins, être attentifs au soulagement de la douleur et assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de la vie ;
- le respect de la personne et de la vie privée : la personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité. Par ailleurs, tout patient a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui le concernent.

2.1.2 Les obligations

« Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lequel il repose. »³¹

Les différentes obligations des patients sont les suivantes :

- en cas de prescription médicale, le malade a un devoir de signalement des traitements antérieurs et s'engage à respecter le traitement prescrit ;
- le patient est respectueux de son environnement, du bâtiment et du matériel mis à sa disposition durant son hospitalisation ;
- le personnel est traité avec courtoisie ;
- les soins dispensés ne sont pas gratuits : le malade participe à la bonne gestion de son dossier administratif en présentant les attestations de prise en charge et en réglant, le cas échéant, les frais restant à sa charge ;
- en chambre double, l'intimité du voisin est respectée ;
- les visiteurs sont discrets ;
- il est interdit de fumer dans l'enceinte de l'établissement.

³⁰ Circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées/charte de la personne hospitalisée

³¹ Article L1111-1 du CSP

▼ Les dispositions relatives aux hospitalisations et aux consultations externes

2.2.1 Le libre choix médical

Le principe du libre choix du médecin par le malade

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce libre choix, à exercer par le malade lui-même, doit toutefois se concilier avec les règles de fonctionnement de l'hôpital telles que l'organisation des soins.

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits du CHIRC.

Le transfert vers un autre établissement³²

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

2.2.2 Les entrées et admissions

Les formalités

Pièces à fournir lors de l'admission

Sous réserve de certaines dispositions, 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. À cet effet, le malade ou son représentant doit présenter à l'accueil :

- sa carte vitale mise à jour,
- sa carte mutuelle en cours de validité ou son attestation de Couverture Maladie Universelle,
- une pièce d'identité (comportant une photographie),
- il peut lui être demandé sa déclaration d'accident du travail en cas d'accident du travail,
- le livret de famille est également demandé si la personne hospitalisée est mineure.

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) sont munis d'une attestation papier avec photographie d'ouverture de droit à l'AME et en cours de validité ou, à défaut, de tous les documents nécessaires à la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

Les bénéficiaires de l'article L115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

Prise en charge des frais d'hospitalisation

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent. Si le patient ne peut pas présenter sa carte vitale ou un document attestant de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie dont il relève. S'il n'est pas assuré social, il est tenu de signer un engagement de payer l'intégralité des frais d'hospitalisation, hors les cas d'urgence.

Lors d'une hospitalisation, l'assurance maladie prend en charge les frais d'hospitalisation à 80%, à l'exception de certains suppléments non remboursés, comme par exemple, le bénéfice d'une chambre particulière, télévision, téléphone... Une majoration journalière du tarif de prestations s'applique alors à l'usager qui en sollicite le bénéfice.

³² Article R1112-14 du CSP

Le tarif « chambre particulière » (45 euros/jour en MCO, 15 euros/jour en ambulatoire et 35 euros/jours en SSR) s'applique à l'usager qui en a fait expressément la demande. Le plus souvent, les organismes d'assurance maladie complémentaires (mutuelle) prennent tout ou partie des frais engendrés par cette prestation.

Accès aux soins des personnes démunies (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir en permanence et sans discrimination, en consultation comme en hospitalisation, tous les malades dont l'état exige des soins hospitaliers préventifs, curatifs ou palliatifs.

Le CHIRC a mis en place une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) permettant une prise en charge médicale et sociale des personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder du fait de leur précarité. Elle donne accès à des consultations de médecine générale ou spécialisée, permet de bénéficier de soins infirmiers, de bilans sanguins ou d'examens radiologiques, et permet d'obtenir des médicaments prescrits par le médecin dans le cadre de la PASS.

Les modalités d'admission

Admission par les urgences

Le Directeur prend toute mesure, sans préjudice des dispositions relatives au transfert, pour que les soins urgents soient assurés, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le Directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toute pièce d'état-civil et de tout renseignement sur les conditions de remboursement des frais de séjour, en la réalisant provisoirement en utilisant le nom de famille « Inconnu » si les circonstances l'imposent.

Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

L'admission est décidée, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité de l'hospitalisation, accompagné d'une lettre cachetée du médecin à l'adresse du médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

Admission programmée

Une convocation est remise ou adressée au malade après avis médical.

L'admission anonyme et l'admission sous confidentialité

Le patient peut demander que sa présence au sein du CHIRC soit confidentielle. Dans ce cas, son identité ne sera connue que des services hospitaliers et des organismes d'assurance maladie. La confidentialité peut être demandée après la procédure d'admission.

Le patient peut demander à être admis de façon anonyme.

En tout état de cause, l'admission est systématiquement réalisée de façon anonyme pour les dons de gamètes ou d'organes, les consultations anonymes pour la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des maladies sexuellement transmissibles.

La compétence du Directeur en matière d'admission

Quel que soit le mode d'admission du malade, celle-ci est prononcée par le Directeur Général, sur avis d'un médecin de l'hôpital.

Les objets et valeurs

Dépôt des objets et sommes d'argent

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

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur des hospitalisés sont remis, après inventaire effectué dans le service de soins par le personnel soignant et/ou le régisseur, au coffre de l'hôpital.

Si le malade ou blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont celui-ci est porteur est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement et l'accompagnant.

Le CHIRC ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.

La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Restitution des objets

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade lors de sa sortie par l'Accueil Gestion Patient (AGP), sur présentation du reçu délivré lors du dépôt, et d'une pièce d'identité, ainsi qu'un certificat d'hérédité en cas de décès.

L'AGP est ouverte du lundi au vendredi, de 9h à 17h.

En l'absence de récupération, après la sortie du patient, les biens sont transmis au Trésor public.

2.2.3 Les soins**L'information sur les soins****Information du patient sur les soins et sur son état de santé**

Le malade est associé au choix thérapeutique le concernant. À cet effet – sauf urgence, impossibilité d'y procéder ou volonté expresse de la personne d'être tenue dans l'ignorance (sans risque pour des tiers) – une information appropriée, accessible et loyale doit être fournie à tout patient sur tous les éléments concernant son état de santé, y compris les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comportent les actes proposés en fonction de son état présent et de ses antécédents.

Le malade qui est victime ou s'estime victime d'un dommage imputable à l'activité soignante, ou son représentant légal, doit être informé sur les circonstances et les causes de ce dommage.

En dehors des informations de nature médicale, les personnes hospitalisées (ou consultantes) sont informées par tout moyen adéquat du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins. Toute personne a droit également à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion des activités de soins et sur les conditions de leur prise en charge.

Information de la famille

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des malades dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des malades et de leurs familles. Avec l'accord du malade et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le Code de la santé publique et le Code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, sauf opposition de la part du malade.

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

La continuité des soins**Envoi d'un dossier médical succinct et compte rendu d'hospitalisation**

À la fin de chaque séjour hospitalier, un courrier de sortie résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre est adressé au médecin traitant du patient.

Dans ce cas, les informations sont transmises par voie postale ou par messagerie sécurisée, dans les délais réglementaires suivant la sortie du patient. Des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier médical.

Le consentement aux soins**Consentement et refus des soins**Accord sur les soins

Toute personne prend, avec le professionnel de santé concerné et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé.

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du malade qui peut le retirer à tout moment. Il en va ainsi même pour le dépistage des maladies contagieuses. Les prélèvements d'éléments du corps humain doivent être effectués dans le respect des démarches prévues légalement.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, en dehors des situations d'urgence, aucune intervention ou investigation ne peut avoir lieu avant consultation de l'éventuelle « personne de confiance » ou de la famille, ou à défaut d'un autre proche.

Au CHIRC, dès lors qu'un acte médical implique une anesthésie, il est proposé au patient de signer le document écrit « consentement à une intervention chirurgicale et à une anesthésie ».

Refus des soins

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Lorsqu'un malade n'accepte pas les soins proposés, sa sortie, peut-être prononcée par le Directeur, sur demande du médecin le prenant en charge. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, dans la mesure du possible. Il peut également lui être proposé d'être pris en charge par un praticien différent.

La sortie est prononcée après signature par le malade d'un document attestant qu'il a pris connaissance des risques encourus par une sortie anticipée, et constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut par des témoins (qui peuvent être des agents hospitaliers).

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement (incluant l'alimentation artificielle) met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il informe s'il y a lieu la « personne de confiance » désignée, ou la famille ou un autre proche. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Le malade, conscient, doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable ; celle-ci est inscrite dans son dossier médical. En cas de refus persistant et en « situation extrême mettant en jeu le pronostic vital », le médecin prend en conscience les décisions qu'il estime nécessaires compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger ; il peut passer outre l'absence de consentement lorsqu'il accomplit un « acte indispensable à la survie du malade et proportionné à son état ».

Soins prodigués dans une situation d'urgence

En cas d'urgence mettant en jeu la vie du malade et en cas d'impossibilité de recueillir son consentement éclairé ou de consulter l'un des proches précités, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine ; dès que possible, il en tient ensuite informés les accompagnants et l'un des proches du patient.

Refus d'hospitalisation du patient

Tout malade dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé.

Refus de soins pour motif non médical

Les usagers des services publics ne peuvent récuser un agent public, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public en raison de leurs convictions.

Si le patient exprime un refus de soins pour un motif non médical, des discussions peuvent être entamées par le praticien sur la nature et la nécessité des soins devant être prodigués.

Si le patient persiste dans son refus des soins, la sortie est prononcée après signature par le malade d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

En matière d'urgence, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine, même sans l'accord du patient ; dès que possible, il en tient ensuite informés les accompagnants et l'un des proches du patient.

Personne de confiance et directives anticipées

La personne de confiance

Lors de son admission au CHIRC, l'équipe soignante remet au patient un dépliant d'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance. L'ensemble des pôles cliniques de l'hôpital se doivent de proposer au patient, lors de son admission, la possibilité d'effectuer cette démarche.

Toute personne peut désigner une personne de confiance, hormis les majeurs sous tutelle.

Cette désignation, facultative, figure au dossier médical. Il est fortement recommandé de prévenir la personne de sa désignation, et de l'informer sur son rôle éventuel, dont elle doit avoir pleinement conscience.

Celle-ci a vocation à accompagner le patient dans ses démarches, et à assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions, s'il en formule la demande.

La personne de confiance peut également accéder aux informations concernant la santé du malade, si celui-ci ne s'y oppose pas.

Elle peut enfin être consultée si le patient devenait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cet effet.

Les directives anticipées

La directive anticipée est un écrit par lequel une personne fait connaître ses désirs quant aux questions relatives à la fin de vie, en particulier sur le possible arrêt ou la limitation des traitements.

Ce document doit être écrit, daté, signé, et authentifié par le nom, le prénom, la date et le lieu de naissance de son rédacteur.

Si la personne n'est plus dans la possibilité d'écrire, tout en restant capable d'exprimer sa volonté, cette dernière peut faire appel à deux témoins, dont la personne de confiance, pour attester que l'écrit correspond à la véritable expression d'une volonté libre et éclairée.

Ces directives peuvent être modifiées totalement ou partiellement, et sont révocables à tout moment.

Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne.

Consentement aux essais thérapeutiques et recherche clinique

Les médecins du CHIRC peuvent proposer aux patients de participer à une recherche clinique. Néanmoins, tout patient peut demander à son médecin s'il existe actuellement des essais concernant la maladie dont il souffre.

La participation des patients est décidée en fonction des critères dits d'inclusion et d'exclusion définis dans le protocole de l'étude.

L'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches cliniques doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques.

Avant de procéder à un essai clinique, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

Sous réserve des dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée, qu'il s'agisse d'un protocole observatoire ou interventionnel.

Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être contresigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément.

Si le patient est mineur, son consentement, ainsi que celui de ses deux parents doivent être recueillis.

Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi pour les personnes majeures sous tutelle, sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, ainsi que pour les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique.

Les attachés de recherche clinique encadrent l'essai clinique, et constituent l'interlocuteur principal du sujet. Ils l'accompagnent tout au long du processus.

Les malades ou leurs représentants légaux sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches cliniques ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation.

À l'issue de la recherche, le patient peut être informé, à sa demande, des résultats de la recherche et de son traitement.

Prélèvements d'organes et de tissus

Le prélèvement et la greffe d'organes constituent une priorité nationale, à laquelle concourt indirectement le CHIRC. Les prélèvements n'ont pas lieu au CHIRC.

L'identité du donneur ne peut pas être communiquée au receveur. La famille du receveur ne peut pas non plus avoir connaissance de l'identité du donneur.

L'équipe médicale du CHIRC rencontre les proches d'un patient pour recueillir leur témoignage et connaître sa position vis-à-vis du don d'organes et de tissus.

Le livret d'accueil incite les patients à exprimer leur volonté à ce sujet.

2.2.4 Le séjour à l'hôpital

L'accueil et l'accompagnement

Accueil des patients – Livret d'accueil

Il est remis à tout malade admis en hospitalisation un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les formalités administratives d'admission et de sortie, les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. Les dispositions de la Charte de la personne hospitalisée sont insérées dans ce livret ainsi qu'un questionnaire permettant au malade de consigner librement ses observations, critiques et suggestions et pouvant être déposé à sa sortie. Ce livret permet de trouver des informations sur la commission des usagers, accompagnée d'une information sur les modalités d'expression et de traitement des doléances.

Service social

Le service social, composé d'assistants de service social, a pour mission de faciliter sous tous ses aspects la vie des patients à l'hôpital, ainsi que de rechercher et de proposer les actions nécessaires à leur accès aux soins et à leur réinsertion sociale, familiale, professionnelle ou scolaire. À la disposition des malades, des familles et des proches, ce service participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge. Il favorise l'accès ou le maintien aux droits sociaux et participe à la résolution des difficultés administratives ou juridiques en œuvrant au fonctionnement de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). Il aide à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires. Il prépare, en collaboration avec les autres intervenants, le retour et le maintien à domicile et organise si nécessaire l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée à la situation particulière des malades.

Relations avec les associations d'usagers

Le CHIRC facilite l'intervention d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des malades, à leur demande ou avec leur accord, au sein du site.

Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du Directeur et conclure avec le CHIRC une convention définissant les droits et obligations réciproques. Cette convention est élaborée suivant une convention-type, prévue par décret³³. L'accès auprès des malades est subordonné à cette procédure. Cette convention définit également les modalités d'intervention de chaque bénévole.

Le chef de pôle peut toutefois s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service.

Exercice du culte et relations avec le ministère des cultes

Le CHIRC facilite l'exercice du culte des patients qui en font la demande. Ils reçoivent, sur demande de leur part, la visite du ministre du culte de leur choix. Si le malade le souhaite, il peut déclarer appartenir à un culte spécifique lors de son admission, afin de bénéficier d'un accompagnement spirituel approprié ; une liste des différents ministres du culte pouvant intervenir est à leur disposition. Les familles en deuil peuvent également bénéficier d'un soutien.

Afin de garantir aux patients et à leurs familles un appui religieux conforme à leur culte, les membres de l'équipe d'accompagnement spirituel sont recrutés uniquement sur proposition des autorités culturelles dont ils relèvent.

Chaque année, le service d'accompagnement spirituel de l'aumônerie présente un rapport d'activité à la Direction Générale.

Les visites

Modalités et horaires

Les visites aux hospitalisés ont lieu, en règle générale, entre 12h et 20h, tous les jours. Des aménagements horaires sont accordés selon les spécialités et les situations individuelles.

Il est recommandé de limiter le nombre de visiteurs à trois personnes, et d'éviter les visites des jeunes enfants et/ou de personnes porteuses de maladies transmissibles.

Comportement des visiteurs

Les visiteurs doivent respecter le repos des malades, éviter de gêner le fonctionnement du service, accepter sur demande du personnel de se retirer des chambres des malades ou d'autres locaux pendant l'exécution des soins et examens et respecter strictement l'interdiction de fumer. Ils ne doivent pas imposer leur présence aux malades contre leur gré.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans l'hôpital des médicaments (sauf accord express du médecin), boissons alcoolisées ou produits toxiques de quelque nature qu'ils soient. Il leur est déconseillé par ailleurs d'apporter aux malades des denrées ou boissons, même non alcoolisées qui pourraient être incompatibles avec leur régime alimentaire.

Le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et saisir la Direction pour décider l'expulsion d'un visiteur ne se conformant pas au présent règlement intérieur, avec éventuellement une interdiction de visite ultérieure. Si nécessaire, le concours des forces de l'ordre peut être sollicité.

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

³³ Circulaire n°DHOS/SDE/E/1/2004/471 du 4 octobre 2004

Visiteurs interdits

L'accès au sein du CHIRC de démarcheurs, représentants et enquêteurs est interdit, sauf accord du malade et autorisation spécifique de la Direction. Ceux-ci s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers. Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur ; les patients ne sont en aucun cas tenus d'y répondre.

De même, l'accès à l'enceinte de l'hôpital est strictement interdit aux membres de mouvements sectaires. Le Directeur peut ordonner leur expulsion de l'établissement immédiatement, avec le concours des forces de l'ordre si nécessaire.

Les professionnels de la presse qui souhaitent accéder au centre hospitalier doivent en faire la demande expresse au Directeur Général, ou, le cas échéant, au Directeur de garde, en précisant l'objet et les modalités de leur visite. À défaut d'autorisation écrite, ils ne peuvent intervenir dans l'établissement.

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.

Les images (télévisées ou photographiques) concernant des patients ne peuvent être réalisées sans une autorisation écrite et signée par ces patients. Le CHIRC ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

Les repas**Horaires des repas et repas aux accompagnants**

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires tenant compte des besoins des malades. Les plages horaires fixées sont les suivantes (sous réserve des nécessités d'ordre médical ou des contraintes exceptionnelles d'organisation) :

- petit déjeuner : vers 7h15
- déjeuner : vers 12h
- dîner : vers 18h30

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

Les repas sont servis individuellement, au lit du malade ou dans des locaux de séjour.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux patients hospitalisés sous réserve d'une demande préalable au personnel hospitalier et des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas seront facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le Directeur de l'établissement. Les menus sont arrêtés par une diététicienne et le responsable de la restauration et sont communiqués à chaque service.

Détermination des menus

À l'arrivée du patient, en fonction de sa pathologie, le menu « entrant » lui est servi. Ensuite, les menus peuvent être adaptés à son âge, sa pathologie, ou ses préférences alimentaires.

Les diététiciennes interviennent sur prescription médicale, auprès des patients nécessitant des régimes.

Le comportement**Déplacement des hospitalisés dans le CHIRC**

Les patients peuvent se déplacer librement dans l'enceinte du CHIRC dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service public hospitalier. Les patients sont tenus d'informer les personnels soignants de leur déplacement.

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

Comportement des hospitalisés et désordres causés par le patient

La vie hospitalière requiert du malade le respect de certaines règles de vie en collectivité :

- courtoisie et discrétion dans les relations avec le personnel et les autres patients ;
- souci du maintien en bon état des locaux et objets mis à disposition (des dégradations sciemment commises peuvent d'ailleurs, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner une décision de sortie du malade pour motif disciplinaire).

Lorsqu'un patient dûment averti cause des désordres persistants, le Directeur prend, en accord avec le médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie.

Hygiène au CHIRC

Durant son séjour au CHIRC, le patient respectera une stricte hygiène corporelle, ainsi que les recommandations reçues dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales.

Interdiction de fumer au CHIRC

Il est interdit de fumer et de vapoter dans l'ensemble des locaux du site y compris les chambres d'hospitalisation ; une signalisation apparente rappelle cette interdiction. En revanche, un traitement par substitut nicotinique peut être proposé.

Dispositions transversales**Effets personnels et jouets**

Les malades doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles générales de la responsabilité hospitalière. En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à la disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation.

Les jouets appartenant aux enfants hospitalisés ou qui leur sont apportés leur sont remis après accord du service.

Les patients ne doivent conserver que les objets strictement nécessaires à leur séjour. Si, lors de leur admission, les personnes hospitalisées sont en possession de leur carte bancaire, carte d'identité, ou de tout autre objet de valeur, il leur est vivement recommandé de s'adresser aux personnels hospitaliers afin d'effectuer le dépôt de ces biens.

Utilisation du téléphone portable

Les téléphones portables et tous les supports informatiques de communication sont à utiliser avec modération et discrétion.

Le CHIRC décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol de téléphones portables et des supports informatiques.

Télévision et téléphone

Des postes téléphoniques sont mis à disposition dans toutes les chambres ; la réception d'appels téléphoniques est gratuite. En revanche, pour passer des appels téléphoniques, il est nécessaire d'ouvrir la ligne moyennant un forfait dont le tarif est affiché dans les chambres.

Les téléviseurs personnels sont interdits dans les chambres afin d'éviter les accidents dont le patient devrait porter la responsabilité.

Sur le site de Redon, les patients ont la possibilité de louer un téléviseur auprès de la boutique située au rez-de-chaussée de l'établissement, suivant les tarifs en vigueur.

Sur le site de Carentoir, les patients ont la possibilité de louer un téléviseur auprès de l'agent d'accueil située à l'entrée de l'établissement, suivant les tarifs en vigueur.

2.2.5 La sortie**La sortie ordinaire**

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

La sortie donne lieu à la remise au malade d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour ainsi qu'à la délivrance des certificats médicaux nécessaires à la justification de ses droits et des ordonnances indispensables à la continuation des soins. Le médecin traitant reçoit le plus tôt possible toute information propre à lui permettre de poursuivre la surveillance du malade s'il y a lieu.

La sortie des patients mineurs ne peut être effectuée qu'en présence du représentant légal, ou d'une personne mandatée par les parents à cet effet, à la condition d'apporter les justificatifs nécessaires. Si les parents sont introuvables, il revient au juge des enfants de prendre toutes les mesures nécessaires.

Sauf cas particulier des prématurés, de raison médicale ou de cas de force majeure constaté par le médecin responsable de l'unité, le nouveau-né quitte le centre hospitalier avec sa mère.

En cas de refus du patient de quitter l'hôpital, le cas est porté à la connaissance du Directeur de l'hôpital qui prend les mesures nécessaires pour concrétiser la sortie, y compris le recours aux forces de l'ordre.

La sortie du fait du patient

Autorisation de sortie provisoire

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé, de la longueur de leur séjour et sans préjudice de leur liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures. Ces autorisations sont données par le Directeur, sur avis favorable du médecin responsable de la structure médicale concernée. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés dans le dossier de soins, au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter le CHIRC ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'hôpital peut le considérer sortant.

La sortie contre avis médical

Sauf cas particuliers, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Toutefois, si de l'avis du médecin elle est prématurée et présente un danger pour la santé, cette sortie sur décision du malade est assimilée à un refus de soins. Il est alors demandé au malade de signer une décharge concernant sa volonté de sortir contre avis médical malgré sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus ; en cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi.

Le responsable médical présent informe le médecin traitant dans les délais les plus courts de la sortie prématurée du patient. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

La sortie par mesure disciplinaire

À l'exclusion des cas où l'état de santé ne le permettrait pas et lorsque le transfert dans un autre service n'est pas possible ou suffisant, la sortie d'un malade peut être prononcée par le Directeur, après avis médical, pour un manquement grave aux dispositions du règlement intérieur. Dans ces circonstances, la continuité des soins doit être assurée en organisant une alternative dont le malade est informé.

Sortie du patient à l'insu du personnel hospitalier

Si un malade a quitté l'établissement sans prévenir, des recherches sont effectuées sur le périmètre hospitalier ; si ces recherches demeurent vaines et en accord avec la Direction, la gendarmerie est prévenue si la situation l'exige sur le plan médical ou légal. Dans ces cas, la famille ou le représentant légal du malade est également informé sans délai.

Les formalités

Les formalités de sortie

Le patient sortant ou son accompagnant doivent procéder aux formalités de sortie auprès du bureau de l'accueil gestion patient qui procède à la régularisation de son dossier.

Le cas échéant, il devra régler les frais restant à sa charge et reçoit un bulletin de sortie témoignant de son hospitalisation.

Les dépôts de bien du patient lui sont alors restitués.

Le questionnaire de satisfaction

Le CHIRC, soucieux de la satisfaction des usagers, remet à chaque patient hospitalisé un questionnaire de satisfaction. Il peut y exprimer ses appréciations et observations. Ce recueil peut également se faire en ligne, sur la plate-forme E-Satis pour les patients ayant accepté de communiquer leur adresse mail.

Transport en ambulance et VSL (véhicule sanitaire léger)

Au moment de la sortie, et seulement si son état de santé le justifie, le patient peut bénéficier d'un transport en ambulance sur prescription médicale. Le patient a le libre choix de la société d'ambulance. Lorsqu'il n'y a pas de prescription médicale et que le patient souhaite un transport en ambulance, celui-ci sera à la charge du malade.

Si le patient ne dispose pas d'un moyen de transport, il peut faire appel à un taxi dont le prix de la course reste à sa charge.

2.2.6 Fin de vie et décès

La fin de vie

La loi du 22 janvier 2016 pose le principe selon lequel « toute personne a droit à une fin de vie digne et apaisée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté ».

Toute personne majeure et capable pourra rédiger des directives anticipées dans lesquelles elle exprimera ses volontés relatives à sa fin de vie et notamment sa volonté de refuser, de limiter ou d'arrêter les traitements et les actes médicaux, mais aussi sa volonté de poursuivre les traitements. Ces directives sont révisables ou révocables par la personne à tout moment.

Lorsque l'état d'un malade s'aggrave et que le décès est pressenti, la famille ou les proches sont prévenus sans délai par un agent de l'hôpital dûment habilité et par tous les moyens appropriés. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants.

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

Le constat et le certificat de décès

Le décès est constaté par un médecin réglementairement habilité dans le cadre de ses fonctions de diagnostic. Le « certificat de décès », établi sur un document officiel doit être transmis dans les 24 heures à la mairie.

Conformément à l'article 80 du Code civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible à la chambre mortuaire. Une copie en est transmise dans les 24 heures au bureau d'État civil de la mairie.

La notification du décès

La famille ou les proches du malade sont prévenus du décès, médicalement constaté, dès que possible et par tout moyen. Cette information est communiquée à la famille ou aux proches du malade ou à la « personne à prévenir » désignée par ce dernier lors de son admission (cette personne ne correspond pas nécessairement à la « personne de confiance »).

La notification du décès est faite aux autres personnes ou autorités ayant en charge le patient se trouvant dans une situation spécifique en droit ou de fait et, pour les personnes non identifiées, aux services de police.

La famille, ou à défaut les proches, disposent d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement.

Toilette mortuaire – Dépôt d'objet – Corps

Lors du décès médicalement constaté, il est procédé à la toilette et à l'habillage du défunt, conformément au protocole institutionnel.

Un inventaire de tous les objets que le malade décédé possédait est réalisé par deux personnes du service³⁴ qui signe la liste établie. Ce document doit être signé par la personne qui récupère les effets du défunt. Il est ensuite classé dans le dossier patient.

Le corps est ensuite déposé à la chambre mortuaire dans un délai maximum de 10 heures et il ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et les règlements. Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès au défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire.

Lorsque la famille sollicite un opérateur privé pour la prise en charge du défunt, le corps doit obligatoirement être préalablement déposé à la chambre mortuaire de l'établissement ; l'entreprise funéraire organise ensuite le transport depuis la chambre mortuaire du CHIRC.

Les visites à la salle de présentation de la chambre mortuaire sont à la convenance des visiteurs, qui disposent d'un code d'accès (remis lors de leur première visite).

Les séjours dans la chambre mortuaire du corps d'une personne décédée ne donnent pas lieu à facturation dans la limite de trois jours. Au-delà de cette période, l'établissement applique les tarifs décidés par le Directoire et validés chaque année.

Libre choix de l'opérateur funéraire

Après reconnaissance du corps, la famille organise les funérailles en s'adressant directement à l'opérateur funéraire de son choix, auquel elle règle également directement les frais de convoi et d'obsèques.

³⁴ Article 73 du Décret du 14 janvier 1974

L'agent de la chambre mortuaire peut aider les familles en répondant à leurs demandes et besoins dans la mesure du possible. Il fournit toutes les informations nécessaires concernant la prise en charge par les opérateurs funéraires.

Le transport du corps³⁵

Transport sans mise en bière au domicile du défunt

À la demande de la famille, le corps du défunt peut être transporté à son domicile dans les 24 heures suivant le décès. Le transport est réalisé après accord du Maire de la commune du décès par l'entreprise de pompes funèbres agréée choisie par la famille.

Le Maire ne peut donner l'autorisation du transport à résidence à partir de l'établissement de santé qu'après s'être assuré³⁶ :

- qu'il réponde à une demande écrite d'une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et qui a justifié de son état civil et de son domicile ;
- de la détention d'un extrait du certificat de décès prévu à l'article L. 2223-42, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles dont la liste est fixée au d de l'article R. 2213-2-1 ;
- de l'accord, le cas échéant, du Directeur de l'établissement de santé, de l'établissement social ou médico-social, public ou privé, au sein duquel le décès est survenu ;
- de l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78,79 et 80 du Code civil relatives aux déclarations de décès. Par dérogation aux dispositions qui précèdent.

Transport sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire située sur le territoire de la commune du lieu du décès doit intervenir dans les 24 heures suivant le décès et sur demande écrite de la famille. Le transport doit être autorisé par le Maire de la commune du lieu du décès.

Transport sans mise en bière pour autopsie

Le transport est organisé par le CHIRC.

Don du corps

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 ou si elle est en possession d'une carte de don. Dans tous les cas, la déclaration ou la carte de don est remise à l'officier d'état civil après constatation du décès.

Le délai de transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche ne doit pas excéder 24 heures après le décès du patient.

Mise en bière et transport après mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du défunt est mis en bière par l'opérateur funéraire choisi par la famille. La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil, sur production du certificat médical.

Quelle que ce soit la destination, le transport du corps en cercueil doit avoir été déclaré au Maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil. Lorsque le corps doit être transporté hors du territoire métropolitain, le transport du corps est soumis à l'autorisation du Préfet du département.

L'inhumation ou la crémation

L'inhumation ou la crémation doit être réalisée entre 24 heures et 6 jours ouvrables après la survenue du décès. Ce délai peut être rallongé sur autorisation préfectorale, uniquement si un motif légitime le justifie, ou sur décision de justice.

Lorsque, dans un délai de 10 jours maximum le corps n'a pas été réclamé, l'établissement fait procéder à l'inhumation dans les conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par le défunt de son vivant.

³⁵ Décret n°2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires

³⁶ Article R2213-8 du Code général des collectivités territoriales

▼ Dispositions propres à certaines prises en charge de patients

2.3.1 Unité de Soins Longue Durée (USLD) et EHPAD

Accueil et admission des résidents

Libre choix de la personne

La personne en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjourne. L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord. Préalablement à son admission, le résident doit être, ainsi que sa famille, pleinement éclairé sur les modes de fonctionnement de l'établissement et l'organisation des soins et sur :

- les conditions de séjour, s'agissant du confort hôtelier, de la prise en charge des soins et de la dépendance ;
- le montant des frais relatifs au séjour, aux soins, à la dépendance et à l'hébergement, ainsi que les modalités de leur prise en charge éventuelle par les organismes de protection sociale et les collectivités départementales.

Nul ne peut être admis au sein d'une unité de soins de longue durée sans une information et un dialogue préalables, effectués si nécessaire en liaison avec les institutions ou services sociaux dont relève la personne.

Modalités de l'admission

Le CHIRC remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, un contrat de séjour³⁷, qui définit les objectifs et la nature de l'accompagnement. Il doit être signé par les deux parties dans le mois qui suit l'admission. Le règlement intérieur de fonctionnement est annexé au contrat.

Ce contrat précise les droits et obligations respectives de chacun, notamment les prestations mises en œuvre, les conditions d'accueil et de séjour, et les conditions de participation financière. Y sont également stipulées les modalités de mise en place du projet de soins personnalisé.

Le contrat de séjour et l'engagement de payer sont signés par la personne accueillie dès son entrée dans la structure d'hébergement.

Un livret d'accueil, ainsi que le règlement intérieur, sont également remis aux résidents lors de leur admission.

Accueil et information

L'accueil du résident est organisé de telle façon que son installation s'effectue dans de bonnes conditions. Le CHIRC veille à ce que celui-ci reçoive lors de son séjour toute l'aide qui lui est nécessaire pour tout ce qui touche à sa santé, son confort et sa vie quotidienne.

Frais de séjour

L'accueil des résidents en EHPAD et en USLD est encadré par une convention tripartite, signée avec le Conseil Départemental (d'Ille-et-Vilaine pour Redon et du Morbihan pour Carentoir) et l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, l'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Par conséquent, les décisions tarifaires et budgétaires annuelles des autorités de tarification s'imposent à l'établissement comme à chacun des résidents qu'il héberge.

La facturation mensuelle aux résidents se décompose ainsi :

- un tarif « hébergement » journalier multiplié par le nombre de journées facturables ;
- un tarif « dépendance » journalier équivalent au niveau de dépendance 5 ou 6 (le plus bas), également multiplié par le nombre de journées facturables.

Les montants des tarifs « hébergement » et « dépendance » sont fixés annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine.

Le tarif « dépendance » varie selon le GIR (groupe iso-ressources), déterminant le montant de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie). Le GIR est calculé en fonction de l'état de dépendance de la personne accueillie.

L'état de dépendance du résident est déterminé lors de l'admission puis à l'issue de plusieurs semaines de séjour, par l'équipe accueillante.

³⁷ Décret n°2004-1275 du 26 novembre 2004

Le forfait soins, calibré et notifié annuellement, est versé directement par l'Assurance Maladie à l'établissement. Il couvre les dépenses induites par la prise en charge médicale du résident.

Les résidents relevant de l'aide sociale doivent s'acquitter eux-mêmes de leurs frais de séjour dans la limite de 90% de leurs ressources après déduction des frais qui restent à leur charge (par exemple, frais liés au conjoint à domicile, responsabilité civile...). 10% des revenus personnels restent donc à la disposition de la personne âgée, sans pouvoir être inférieurs à 1% du minimum social annuel.

Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement

Les résidents ou leur famille doivent être informés, préalablement à l'admission, y compris en cas de transfert, des conditions financières d'hébergement au moyen d'une notice d'information qu'ils complètent et signent (engagement de paiement).

L'annexe indicative, jointe au contrat de séjour, doit préciser de façon claire :

- les conditions financières de prise en charge et notamment le fait que le tarif « hébergement », ainsi que le « talon modérateur dépendance (GIR 5 & 6) » est toujours à la charge du résident, de sa famille, et/ou de l'aide sociale ; ce tarif n'est jamais pris en charge par l'assurance maladie ;
- les modalités d'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- les modalités de l'intervention financière du Conseil Général.

Vie du résident en EHPAD

Respect des personnes

L'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la charte de la personne âgée dépendante³⁸ de la Fédération Nationale de Gérontologie.

La dignité, l'intimité et la vie privée du résident doivent être strictement respectées. Celui-ci a le droit, à tout moment, d'exprimer ses choix et ses souhaits.

Projet de soins et projet de vie

La direction du CHIRC, les médecins, les soignants et le service social mettent en œuvre un projet de soins et un projet de vie destinés à favoriser la prise en charge globale de la personne accueillie, en respectant avant toute chose sa dignité et son bien-être.

L'élaboration du projet de soins est réalisée en équipe, en prenant en compte les besoins individuels du résident et notamment la prise en charge de la dépendance. Ce projet recherche le maintien ou l'amélioration du niveau d'autonomie durant l'hébergement et favorise les liens du résident avec ses proches et son environnement.

Le respect de la vie personnelle des résidents et de leur vie sociale au sein de l'établissement est un élément essentiel dans leur prise en charge. Leur participation doit être envisagée dans de multiples domaines.

Relation avec les familles

La présence de la famille et des amis améliore fondamentalement la qualité de séjour du résident. C'est pourquoi, leur présence est encouragée, chaque fois que cela est possible.

Dans le respect de la volonté du résident et afin d'instaurer une complémentarité bénéfique pour le résident, la communication et l'information avec la famille est systématiquement recherchée.

Protection des personnes vulnérables

L'établissement est garant de la protection du résident en situation de vulnérabilité, que celle-ci résulte de l'altération de ses facultés mentales ou de toute autre forme de dépendance. Il assure notamment une permanence 24 heures sur 24 (appel malade, veille de nuit).

Déroulement des soins

Le déroulement et la nature des soins et des examens entrepris font, dans toute la mesure du possible, l'objet d'explications compréhensibles.

Liberté des résidents et règles de vie

Pendant leur séjour, les personnes accueillies doivent bénéficier de toutes les libertés compatibles avec les exigences de la vie collective et de leur état cognitif.

Ils doivent respecter la tranquillité de leurs voisins et ne créer aucun désordre à l'intérieur de l'établissement.

³⁸ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie

Biens, objets de valeurs et espèces

Le résident peut conserver des biens, effets et objets personnels ; il peut également disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Les biens de valeur peuvent être déposés auprès du trésorier après inventaire et contre un reçu. Pour les biens non déposés, l'établissement ne saurait être tenu responsable en cas de perte, vol ou dégradation.

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par le résident ou sa famille à titre de gratification.

Domicile

Sous réserve des nécessités de service, la chambre du résident est, en toute circonstance, considérée comme son domicile. À ce titre, cet espace tend à être protégé contre toute atteinte à l'intimité et à la vie privée.

Assurance

Les résidents sont tenus de souscrire une assurance responsabilité civile et dommage accident. Une attestation doit être fournie tous les ans à l'établissement.

Personnalisation des chambres

La personnalisation des chambres est possible pour les résidents : apports de petits mobiliers, tableaux.... Un inventaire de ces objets personnels est effectué dès leur arrivée.

Toutefois, l'installation de ces objets ne doit pas engendrer de gêne à l'occasion des soins et de l'entretien de la chambre, ni constituer un obstacle à la sécurité des locaux. Elle doit notamment être conforme aux normes de sécurité anti-incendie.

Sortie volontaire

Sauf en cas de nécessité médicale, les résidents peuvent mettre fin à leur séjour à tout moment, sur leur demande.

Le cas échéant, le résident ou sa famille adresse une lettre recommandée avec accusé de réception au Directeur de l'établissement, mentionnant un préavis d'un mois précédant son départ.

La spécificité de la résidence en EHPAD

Le Conseil de vie sociale

Attributions

Le Conseil de vie sociale donne son avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service. Il est notamment compétent sur :

- l'organisation intérieure et la vie quotidienne,
- les activités,
- l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques,
- les projets de travaux et d'équipement,
- la nature et les prix des services rendus,
- l'affectation et l'entretien des locaux collectifs,
- 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.

Les membres du Conseil de vie sociale sont élus pour une durée de trois ans, renouvelable.

Les avis et propositions du Conseil de vie sociale sont transmis, après adoption par ses membres, au Conseil de Surveillance de l'établissement. Le Conseil de vie sociale doit être informé de la suite donnée aux avis et propositions qu'il a émis.

Composition

Le Conseil de vie sociale comprend :

- des représentants des personnes accueillies,
- des représentants des familles et/ou des représentants légaux,
- des représentants des personnels,
- un représentant de la direction du CHIRC.

Présidence

Le Président du Conseil de vie sociale est élu parmi les représentants des personnes accueillies et parmi les familles et/ou les représentants légaux.

Organisation

Le Conseil de vie sociale se réunit au moins trois fois par an, sur convocation du Président. Une réunion extraordinaire peut être programmée en cas de besoin.

Le Conseil de vie sociale est une instance collégiale et doit donc fonctionner démocratiquement. Les avis ou propositions qu'il pourrait adopter doivent être votés à la majorité relative des membres à voix délibérative.

2.3.2 Les femmes enceintes

Le secret de l'hospitalisation

La patiente peut, pour sauvegarder le secret de la grossesse, de la naissance et de l'hospitalisation, demander le secret de son admission et que son identité soit préservée.

Aucune pièce d'identité ne peut être exigée dans ce cas, et aucune requête ne pourra être entreprise.

Admission des femmes désirant bénéficier d'une IVG

Des interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pratiquées conformément aux dispositions légales et réglementaires avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

Pour une femme mineure non émancipée qui désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal soient consultés. Tout médecin intervenant doit vérifier que cette démarche a été réalisée. Si la mineure s'oppose à cette consultation ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux et soins liés peuvent être pratiqués à sa demande sous réserve qu'elle soit accompagnée par une personne majeure de son choix.

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.

Déclaration de naissance

La déclaration de naissance est obligatoire pour tout enfant né en France.

Elle doit être faite dans les cinq jours qui suivent le jour de l'accouchement, à la mairie du lieu de naissance. L'acte de naissance est rédigé immédiatement par l'officier d'état civil à partir du certificat établi par la sage-femme, du certificat de choix de nom, de l'acte de reconnaissance si celui-ci a été réalisé avant la naissance, des cartes d'identité des deux parents et du livret de famille.

Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

Si l'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 et qu'il est décédé, en indiquant dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère. Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse.

La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil.

2.3.3 Les mineurs

Admission

Les services spécialisés en pédiatrie sont habilités à recevoir uniquement des enfants d'un âge n'excédant pas 16 ans. Inversement, les mineurs âgés de moins de 16 ans ne peuvent être admis dans les services d'adultes, s'il existe un service d'enfants susceptible de les accueillir. Des dérogations à ces règles peuvent être toutefois exceptionnellement autorisées par le Directeur, après avis des chefs de pôles concernés.

En dehors du cas d'urgence, l'admission ne peut être prononcée sans l'autorisation des parents, du tuteur ou de l'autorité judiciaire exerçant le droit de garde, et le dossier d'admission doit comporter l'indication précise de la personne investie de l'autorité parentale et exerçant ce droit. Ces règles ne s'appliquent toutefois pas dans deux hypothèses :

- lorsque, alors qu'un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder sa santé, le mineur s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale pour conserver le secret sur son état de santé, confirme cette opposition et est accompagné d'une personne majeure de son choix ;
- lorsqu'une mineure adopte la même démarche dans le cadre d'une demande d'IVG.

Lorsque le mineur a été placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier par l'autorité judiciaire au titre de l'assistance éducative ou des textes sur l'enfance délinquante, son admission à l'hôpital est prononcée à la demande du Directeur de cet établissement. Lorsqu'un mineur relève du Service de l'Aide Sociale à l'Enfance, son admission est prononcée à la demande de ce service (sauf si le mineur lui a été confié par ses père, mère ou tuteur, joignables en temps utile).

Information, consentement et refus de soins

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale.

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.

Par dérogation aux dispositions relatives à l'autorité parentale, 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 du mineur. Dans ce cas, le praticien peut passer outre le refus des parents et lui prodiguer les soins nécessaires.

Dans une telle situation, une mesure d'assistance éducative pourra être sollicitée par le Directeur.

Communication du dossier médical

Le mineur peut s'opposer à l'accès direct de ses parents à son dossier médical lorsqu'il est admis à leur insu.

Règles de vie en pédiatrie

Des règles de vie sont exposées dans des dépliants adaptés à l'âge de l'enfant. Ces règles garantissent le bon déroulement de l'hospitalisation des mineurs, et la tranquillité au sein du service de pédiatrie. Elles sont d'application impérative et doivent être rigoureusement respectées par chaque patient.

Sortie des mineurs

Les personnes titulaires de l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles doivent préciser à la direction du CHIRC :

- si le mineur doit leur être confié,
- si le mineur peut être confié à une tierce personne qu'elles ont expressément autorisée,
- si le mineur peut quitter seul l'établissement.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tiers que celle-ci a autorisé, des justifications sont exigées en tant que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du patient.

La sortie des mineurs non accompagnés exige un degré accru de vigilance de l'équipe médicale et soignante. Il importe de veiller à ce que seuls les enfants jugés capables de repartir par leurs propres moyens y soient autorisés : la décharge signée par les titulaires de l'autorité parentale ne dispense en aucune façon le médecin et les soignants de contrôler cette aptitude au regard du traitement dispensé.

2.3.4 Les personnes atteintes de troubles mentaux

La prise en charge des patients atteints de troubles mentaux peut intervenir selon plusieurs modalités :

- les soins libres, avec consentement du patient,
- les soins sans consentement du patient³⁹ :
 - à la demande d'un tiers, en urgence ou non,
 - en cas de péril imminent sans tiers,
 - sur décision du représentant de l'État.

³⁹ Loi du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013

L'hospitalisation libre des personnes atteintes de troubles mentaux, définie par le critère du consentement du patient aux soins est la règle et l'hospitalisation sous contrainte l'exception.

Les patients hospitalisés sous contrainte (hospitalisation sur demande d'un tiers ou hospitalisation sur décision du représentant de l'État) ne peuvent être accueillis qu'au sein des structures médicales spécialement habilitées à cet effet. Les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et par la mise en œuvre de leur traitement.

Dès leur admission et, par la suite, à leur demande, les patients sont informés de leur situation juridique et de leurs droits. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée en raison de ses troubles mentaux est respectée.

2.3.5 Les personnes majeures protégées

Lorsque les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, il est pourvu aux intérêts de la personne par l'un des régimes de protection suivants :

- les mesures de sauvegarde de justice,
- les mesures de curatelle,
- les mesures de tutelle.

Les mêmes régimes de protection sont applicables à l'altération des facultés corporelles, si elle empêche l'expression de la volonté. L'altération des facultés mentales ou corporelles doit être médicalement établie.

Ces régimes ont pour objet de pourvoir à la protection de la personne et des biens du majeur protégé dans les domaines sociaux, patrimoniaux et personnels.

Le représentant légal (tuteur, curateur, mandataire spécial) a notamment pour mission de veiller au respect des droits du majeur protégé hospitalisé, voire de les exercer en ses lieux et place en cas de tutelle, et à la prise en charge des frais ou dépenses de santé par les organismes d'assurance maladie.

La protection des majeurs étant essentiellement tournée vers la protection des droits et du patrimoine de la personne, le séjour hospitalier ne requiert en principe pas l'intervention du tuteur ou du curateur.

La famille du majeur protégé doit être associée, dans toute la mesure du possible si elle est présente et sauf refus du patient, à toutes les décisions prises.

2.3.6 Les militaires

En dehors des cas d'urgence, les patients militaires sont admis à l'hôpital dans les mêmes conditions que les civils, soit à leur demande, soit à la demande de l'autorité militaire.

En cas d'admission en urgence d'un militaire, le Directeur informe l'autorité militaire ou à défaut la gendarmerie.

En cas d'hospitalisation et dès que l'état du patient hospitalisé le permet, celui-ci peut être évacué vers l'hôpital militaire approprié s'il en manifeste le désir ou sur demande de l'autorité militaire.

Les frais d'hospitalisation et de transfert éventuel sont pris en charge par l'État.

2.3.7 Les personnes en garde 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.

Tout incident grave est signalé au Préfet et au Procureur de la République.

▼ Dispositions relatives au dossier patient

Un dossier est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Il est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli.

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

Le patient n'est pas propriétaire du dossier et n'a seulement qu'un droit d'accès.

2.4.1 Conservation du dossier médical

Lors de l'admission et durant le séjour du patient au CHIRC, des informations nominatives le concernant sont recueillies par le personnel sur support informatique et papier.

L'établissement de soins est dépositaire du dossier, le Directeur et les médecins sont responsables de toute indiscretion. Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

L'hôpital applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité. Le CHIRC, en mettant en œuvre ces traitements, fait en sorte de ne porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

La Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales. Le CHIRC déclare à la CNIL tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données avant d'en réaliser l'exploitation. Pour tout renseignement à ce sujet, les patients peuvent s'adresser à la Direction.

2.4.2 Traitement informatique des informations nominatives

Le CHIRC informe le patient que l'établissement recueille des informations nominatives le concernant sur support informatique, et que celles-ci pourront être utilisées dans le cadre de la continuité des soins ou de la recherche, ou encore de façon anonyme pour l'analyse de l'activité de l'établissement. L'information porte notamment sur les destinataires des informations au sein de l'établissement, et sur l'existence d'un droit d'accès pour chaque patient.

L'établissement veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations, et assure la confidentialité des données à caractère personnel.

Ainsi, les mesures prises sont adaptées à la nature des données et aux risques présentés par le traitement informatique de ces informations.

De plus, seules les personnes autorisées peuvent accéder aux données personnelles contenues dans un fichier.

2.4.3 Communication du dossier médical

S'agissant des informations concernant sa santé et détenues par l'établissement dans son dossier médical, le patient peut y accéder soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix ; il peut en obtenir communication dans les conditions fixées réglementairement. À cet effet, il doit adresser une demande écrite auprès de la Direction de l'établissement, accompagnée d'un justificatif d'identité.

Le CHIRC met à la disposition du patient les informations demandées dans un délai de 2 à 8 jours à compter de la réception de sa demande. Ce délai est porté à deux mois si les informations médicales sollicitées datent de plus de cinq ans.

La consultation peut s'effectuer sur place gratuitement ; la personne ne pourra rester seule lors de la consultation du dossier.

En cas de demande de remise ou d'envoi de copies, les frais à la charge du demandeur correspondent au coût de reproduction, de secrétariat et d'expédition s'il y a lieu. Ils sont fixés par arrêté ministériel⁴⁰.

Le dossier médical peut être communiqué, sous certaines conditions, à un expert dans le cadre d'une procédure judiciaire et peut être saisi par les autorités judiciaires en cas de procédure pénale.

Sur demande écrite, les ayants droit d'un malade décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé :

- obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort,
- défendre la mémoire du défunt,
- faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant son décès.

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

⁴⁰ Arrêté du 1^{er} octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif

CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

Le personnel hospitalier médical et non médical est dans une situation statutaire et réglementaire relevant directement de l'autorité ayant pouvoir de nomination.

La loi n°83-634 du 13 juillet 1983 (version consolidée du 16 janvier 2008) portant droits et obligations des fonctionnaires donne le détail de ceux-ci et ne seront pas explicités en l'état dans le règlement intérieur. Toutefois, certains aspects fondamentaux concernant les droits et obligations seront précisés.

Chapitre 3 - Titre 1

▼ Principes fondamentaux liés au respect du patient

3.1.1 Identification des personnels

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles et sauf exceptions décidées par le Directeur Général, les personnels de l'hôpital en contact avec les hospitalisés ou le public portent des tenues fournies par l'établissement, adaptées à leurs emplois et secteurs d'activité. L'identité du personnel soignant est mise en évidence pendant l'exécution de leur service.

3.1.2 Demande d'informations

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans le respect de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et des règles énoncées dans les deux rubriques suivantes.

3.1.3 Secret professionnel

Institué dans l'intérêt des malades, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous, en toutes circonstances, étant précisé que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

À cet égard, l'accès au dossier patient informatisé est limité et encadré, conformément à la charte d'utilisation des ressources informatiques, téléphoniques et services Internet consultable dans Ennov et annexée au règlement intérieur.

La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales. Néanmoins, le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements

Le médecin, ainsi que tout personnel hospitalier, peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :

- pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 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 psychique⁴¹ ;
- pour porter à la connaissance du Procureur de la République (en accord avec la victime majeure), les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été commises⁴².

S'il estime ne pas devoir révéler des sévices ou privations dont il a eu connaissance, le médecin doit alors prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement. En leur qualité d'autorité constituée, les directeurs adjoints et les médecins chefs de pôle – à charge pour ces derniers d'en informer le Directeur – doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

⁴¹ Article 226-14, 2° du Code pénal

⁴² Article 226-14, 2° du Code pénal

3.1.4 Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Le secret couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'il 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 la Direction Générale. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

3.1.5 Neutralité, non-discrimination, principe de laïcité et devoir de réserve

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. 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 tout propos, discussion, comportement excessifs ou déplacés, susceptible d'importuner ou de choquer les malades, les visiteurs et les autres agents du site.

La liberté de conscience et d'opinion est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur 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.

Chapitre 3 - Titre 2

▼ Règles de bonne conduite professionnelle

3.2.1 Dispositions générales

Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier ; il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national, des accords locaux « Gestion du Temps de Travail », et fixés par tableaux de services.

L'exigence d'une tenue correcte

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

Alcootest et recherche de stupéfiant

La consommation d'alcool et l'utilisation de substances psychoactives sont interdites au sein de l'établissement.

Selon le Code du travail, il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les établissements des professionnels en état d'ivresse. Un état d'ivresse est suspecté lorsque plusieurs signes sont constatés tels que des troubles de l'élocution, de l'équilibre, du comportement, un refus des règles de sécurité, l'odeur spécifique de l'haleine alcoolisée, la détention ou la consommation d'alcool ou de substances psychoactives.

En cas de suspicion d'une ivresse d'origine alcoolique ou liée à des produits psychotropes, un alcootest⁴³ ou un test salivaire de détection des produits stupéfiants⁴⁴ :

- peut être pratiqué dans l'établissement, sans l'intervention d'un professionnel de santé ;

⁴³ Article R4228-21 et L4122-1 du Code du travail

⁴⁴ Conseil d'État, 4^{ième} – 5^{ème} chambre réunies, 05/12/2016 (publié au recueil Lebon)

- peut être imposé à toute personne affectée à l'exécution de tâches auprès des patients, à l'exécution de certains travaux dangereux, à la manipulation de matière et produits dangereux, à la conduite de véhicules ;
- peut être réalisé par le supérieur hiérarchique ou un responsable dûment mandaté par l'employeur ou le chef d'établissement ;
- peut être réalisé en présence d'un tiers.

Tout salarié effectuant une activité à risque pour sa sécurité ou celle de tiers (activités dont les postes ont été énumérés ci-dessus) pourra être soumis à un contrôle d'alcoolémie par alcootest dans les conditions précitées. Ces contrôles sont réalisés dans le but d'assurer la sécurité des salariés et des patients présents dans l'établissement.

L'agent peut le contester en inversant la charge de la preuve sur son état de non-ébrioité.

Témoignage en justice

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

Si l'agent est simple témoin, il est reçu à la Direction pour préparer son audition, et un accompagnement psychologique via le réseau de prévention et d'accompagnement au travail lui est proposé.

Si l'agent est mis en cause, il pourra, en plus de cet accompagnement psychologique, bénéficier de la protection juridique, afin d'être assisté par un avocat.

Par ailleurs, l'agent peut demander à se faire accompagner lors de son audition par un membre de l'encadrement de son service, jusqu'à la porte de la salle d'audition.

Les week-ends et les jours fériés, l'agent pourra demander à se faire accompagner lors de son audition par l'administrateur de garde.

Restauration du personnel

Le personnel a la possibilité de se restaurer au self-service du lundi au vendredi de 11h45 à 14h. Le paiement s'effectue par prélèvement direct sur le salaire.

Le personnel n'ayant pas la possibilité de se rendre au self-service (continuité des soins, distance), peut utiliser les aménagements disponibles dans chaque unité pour la prise de repas (30 minutes).

Par ailleurs, les agents sont tenus de se rendre au self avec leurs vêtements civils (sauf exception vue avec la direction des soins).

3.2.2 Le lien hiérarchique

Exécution des instructions reçues

Tout agent du CHIRC, 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 grade⁴⁵. L'application de cette disposition ne peut toutefois aller à l'encontre des règles d'exercice des professions réglementées.

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. De même, tout agent amené à conduire un véhicule de l'Administration dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut être l'objet.

⁴⁵ Article 99 du titre IV du statut général applicable aux fonctionnaires hospitaliers

3.2.3 L'organisation du travail

Le bon usage des biens du CHIRC

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le CHIRC. L'hôpital peut exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

Les personnels du CHIRC doivent se conformer aux règles de sécurité encadrant l'utilisation des ressources informatiques prévues dans la charte d'utilisation des ressources informatiques téléphoniques et services Internet⁴⁶.

Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les personnels de l'hôpital observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers ; ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leurs emplois (visite médicale périodique, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail). Un membre du personnel peut se retirer d'une situation de travail présentant à son avis un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé⁴⁷ sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent⁴⁸ et d'en informer la Direction.

Obligation de signalement des évènements indésirables

Évènements indésirables

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler. Il adresse son signalement selon les procédures définies et, en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'événement déclaré, à la Direction.

Vigilances

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée.

3.2.4 Le désintéressement

L'obligation de désintéressement

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le CHIRC 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 la Direction pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise.

Sont applicables dans ce domaine des sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales.

Le cumul d'emplois et d'activités

Un fonctionnaire ou un contractuel ne peut plus cumuler un temps complet et une activité entrepreneuriale. Depuis janvier 2017, l'encadrement des cumuls d'activités est renforcé⁴⁹. Toutefois, s'il est à temps partiel, il peut exercer une activité privée lucrative. Ce temps partiel ne peut être inférieur à un mi-temps. L'agent doit soumettre sa demande à la commission de déontologie et informer sa hiérarchie de sa situation. Lorsque la commission délivre une autorisation, celle-ci est accordée pour une durée maximale de deux ans et peut être renouvelée pour une durée de un an.

⁴⁶ Cf. Charte d'utilisation des ressources informatiques, téléphoniques et services Internet disponible dans le logiciel Ennov

⁴⁷ Article L.4131-1 du Code du travail

⁴⁸ Article L.4132-1 du Code du travail

⁴⁹ Décret n°2017-105 du 27 janvier 2017 relatif à l'exercice d'activités privées par des fonctionnaires et certains agents contractuels de droit privé ayant cessé leurs fonctions, aux cumuls d'activités

En outre, les praticiens contractuels employés à temps plein s'engagent à consacrer la totalité de leur activité professionnelle au service de l'établissement.

Les praticiens contractuels employés à temps partiel peuvent, à condition d'en avoir informé la Direction, exercer une activité rémunérée en dehors du service effectué au CHIRC.

L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels du CHIRC de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale.

Les agents ne peuvent accepter des malades ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service.

L'obligation de déposer les biens confiés par les usagers ou trouvés dans le CHIRC

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui serait confiés par des malades.

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

Tout bien découvert ou trouvé au sein de l'hôpital est directement remis au cadre du service, pour en organiser la conservation et en assurer la restitution.

Chapitre 3 - Titre 3

▼ Les droits personnels des agents

3.3.1 La liberté d'expression

La liberté d'expression est garantie au fonctionnaire, dans le respect d'une part de l'obligation de stricte neutralité, d'autre part du devoir de réserve.

3.3.2 Le droit syndical

Le droit syndical est garanti aux agents. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

3.3.3 Le droit de grève

Les fonctionnaires exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent. Un service minimum doit toutefois pouvoir être assuré au sein du CHIRC afin de pouvoir répondre à la continuité du service public.

3.3.4 Le document unique d'évaluation des risques professionnels

Ce document répertorie l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les agents, afin d'organiser la prévention au sein du programme annuel de prévention. Ce dernier a pour objectif de réduire le nombre et la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Il est régulièrement mis à jour.

Chapitre 3 - Titre 4

▼ La protection des agents

3.4.1 La protection contre le harcèlement

Conformément à la loi de modernisation sociale du 12 janvier 2002 réactualisée, et à la circulaire du 4 mars 2014 relative à la lutte contre le harcèlement dans la fonction publique, la carrière du fonctionnaire ne pourra en aucune manière être affectée en raison de la circonstance qu'il aura subi

ou refusé de subir des agissements de toute personne qui, abusant de son autorité, aura tenté d'obtenir des faveurs à caractère sexuel. Les fonctionnaires qui auront relaté ou témoigné sont également protégés.

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

3.4.2 La protection des personnels dans l'exercice de leurs fonctions

Protection juridique

En application du Statut général portant Droits et obligations des fonctionnaires, la protection juridique du personnel en fonction à l'hôpital contre les menaces, agressions, attaques, outrages ou diffamation et fautes non détachables du service public est garantie. Tout agent ayant été victime d'un incident à l'occasion ou en raison de l'exercice de ses fonctions doit en informer immédiatement son supérieur hiérarchique.

Ce dernier constitue un dossier transmis immédiatement au Directeur de l'hôpital, contenant un rapport circonstancié sur l'incident, et le cas échéant, la déposition de témoins ou tout autre document utile à la clarification du dossier.

La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par écrit à ses supérieurs hiérarchiques ; l'agent devant apporter la preuve des faits au titre desquels il demande la protection fonctionnelle.

Protection contre les risques

Le Directeur de l'établissement est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires à la protection de la santé et de la sécurité du personnel hospitalier. Il veille à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires dans le domaine de la sécurité du personnel, en concertation et avec l'appui des instances concernées.

Un programme de vaccination, de sensibilisation du personnel contre les risques professionnels et les maladies transmissibles, un bilan périodique de dépistage systématique des maladies doivent notamment être mis en place.

De même, lors d'accidents de services ou de la constatation de maladies professionnelles, des enquêtes doivent être diligentées dans le but d'éviter la survenue future de ces risques.

CHAPITRE 4 : RÈGLES DE SÉCURITÉS GÉNÉRALES

Chapitre 4 - Titre 1

▼ Prévention et maîtrise des risques

Le Directeur Général prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des malades et usagers du CHIRC.

À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, il définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées ; notamment la CME et la CSIRMT, qui sont compétentes en matière de la qualité et de la sécurité des soins, et le CHSCT.

Le Directeur Général informe régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention.

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

4.1.1 Organisation de la sécurité interne

Nature et opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité ont pour but d'assurer le calme et la tranquillité des usagers, et 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 l'environnement et le patrimoine hospitalier.

Les règles de sécurité doivent être en permanence proportionnées aux besoins du CHIRC, des usagers et des personnels hospitaliers, en fonction des circonstances.

En tant que responsable de la conduite générale du CHIRC, le Directeur Général édicte ces règles par voie de notes de service portant règlement intérieur spécifique et recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, règlements, et principes généraux du droit.

Toute personne doit se conformer aux règles de sécurité, quelle que soit la raison de sa présence au sein du CHIRC.

Les rapports avec les autorités de police et justice

Le Directeur de l'hôpital a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui incombe de décider si leur intervention est nécessaire.

En cas de violences à l'encontre d'un patient ou d'un visiteur, le Directeur doit faciliter le dépôt de plainte de la victime, notamment en autorisant la police à rencontrer celle-ci afin de recueillir ses propos dans les locaux de l'établissement.

Le Directeur a la charge d'aviser le Procureur de tout fait se déroulant dans l'enceinte du CHIRC, susceptible de constituer un crime ou un délit.

4.1.2 Règles de responsabilité au sein de l'établissement

Règles de responsabilité

La mise en œuvre par le CHIRC de mesures de protection et de surveillance ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

En ce qui concerne les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte du CHIRC, ceux-ci engagent la responsabilité pénale de leurs seuls auteurs, qu'ils soient ou non identifiés.

Les victimes de dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel.

4.1.3 Circonstances exceptionnelles

Rôle de police du Directeur en cas de situations exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements. Ces mesures doivent être proportionnées à la gravité de la situation.

Le comité local d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en est informé pour toutes les matières relevant de sa compétence.

En cas de péril grave et imminent, pouvant provoquer une atteinte sérieuse à l'intégrité physique des personnes présentes sur le site du CHIRC, le Directeur peut, nonobstant le consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules.

Le Directeur peut également faire procéder à l'ouverture des vestiaires⁵⁰, armoires individuelles, véhicules ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation, soit en présence du salarié ou, à tout le moins, s'il a été prévenu à l'avance de la date de l'ouverture (affichage sur le casier). Celui-ci pourra être accompagné d'un témoin.

Le cas échéant, le Directeur peut faire interdire l'accès au CHIRC à toute personne qui refuserait de se prêter aux mesures qu'il aura adoptées.

Plan blanc

En cas de situations sanitaires exceptionnelles, le Directeur peut décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

Lors du déclenchement de plans d'urgence, le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier.

4.1.4 Sécurité incendie

Le CHIRC est assujéti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie applicables à tous les établissements recevant du public.

Le CHIRC a inscrit à son plan de formation des formations à la sécurité-incendie. Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation internes relative à la sécurité contre l'incendie.

Tout aménagement intérieur doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Direction des Achats, du Patrimoine et des Systèmes d'Information.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être respectées scrupuleusement.

Interdiction de fumer

Il est interdit de fumer dans l'enceinte du CHIRC, y compris dans les chambres d'hospitalisation à l'exception de l'EHPAD « Les Mariniers » qui dispose d'une salle fumeur dans le bâtiment. Une signalisation apparente rappelle cette interdiction.

Cette disposition s'applique à tous les supports (cigarette y compris électronique, pipe...).

Chapitre 4 - Titre 2

▼ Intervention de la police et de la justice

4.2.1 Enquêtes de police

En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur doit être informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient.

En cas d'intervention des forces de police suite à une commission rogatoire, le Directeur pourra demander lecture de celle-ci à l'Officier de police judiciaire (OPJ).

Lors de leur intervention, les forces de l'ordre doivent respecter la tranquillité des autres malades et le fonctionnement du service public hospitalier.

4.2.2 Audition de patients

Le patient majeur ou mineur peut être entendu en qualité de simple témoin, de victime ou de prévenu.

Tout patient peut, s'il le souhaite, prendre directement contact avec la police. Cependant, l'accord du Directeur doit être sollicité pour que les forces de l'ordre pénètrent dans l'établissement.

⁵⁰ Cour de Cassation, arrêt du 11 décembre 2001 (99-43.030) / Arrêt de la chambre sociale du 15 avril 2008

▼ Règles de circulation et de stationnement

4.3.1 Accès au CHIRC

Réglementation de l'accès au centre hospitalier

L'accès au CHIRC est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs, et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

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

L'accès de toute personne n'appartenant pas à l'une de ces catégories est subordonné à autorisation. Le CHIRC se réserve le droit d'interdire l'accès à son site aux personnes qui mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

À ce titre, il veille à ce que les tiers, dont la présence au sein du CHIRC n'est pas justifiée, soient signalés, invités à quitter les lieux, et, si besoin, reconduits à la sortie du site.

Il est interdit d'introduire alcool, armes et explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux, ou prohibés par la loi dans les établissements de santé.

Par ailleurs, les animaux ne sont pas autorisés dans l'enceinte du CHIRC, excepté les chiens accompagnant les personnes en situation de handicap.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi sont déposés dans un coffre sécurisé, en attendant d'être remis aux autorités de police.

Nature de la voirie hospitalière

Les voies de dessertes et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'hôpital constituent des dépendances du domaine public du CHIRC, que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

Ces voies de desserte et les parcs automobiles, ouverts seulement au personnel et aux usagers de l'hôpital ne peuvent être regardés comme des voies ouvertes à la circulation publique et échappent donc à la compétence des autorités chargées de la police de la circulation, sauf demande d'intervention expresse du chef d'établissement.

En cas de vol, de dommage ou d'accident, les règles et procédures générales de la responsabilité et de l'indemnisation s'appliquent au sein de l'hôpital.

Sous réserve de l'application du Code de la route, le Directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des malades et l'accès aux services), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours). Toutes les dispositions prises doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer.

Tous les automobilistes empruntant les voies de circulation sont tenus de se conformer aux règles du Code de la route.

Le CHIRC se réserve le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à son site aux personnes qui ne respecteraient pas les règles applicables, ou compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

4.3.2 Stationnement des véhicules

L'établissement définit, communique et actualise régulièrement une politique de stationnement, que toute personne est tenue de respecter dans son enceinte. Il est rappelé que les facilités de circulation et de stationnement consenties aux usagers ne constituent pas un droit et que, sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'hôpital, elles ne sauraient engager la responsabilité de l'hôpital, notamment en cas de vols ou dommages.

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

Le CHIRC peut demander, aux frais du propriétaire, l'enlèvement de tout véhicule dont le stationnement, même régulier, serait sans lien avec le service public hospitalier.

ANNEXES

Annexes

▼ Annexe 1 : charte de la personne hospitalisée



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

*Principes généraux**

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



2 Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'information donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendu** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Annexes

▼ Annexe 2 : liste des acronymes

- AGP** : Accueil Gestion Patient
AME : Aide Médicale de l'État
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
- CAL** : Commission d'Activité Libérale
CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux
CDU : Commission Des Usagers
CHIRC : Centre Hospitalier Intercommunal Redon-Carentoir
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Commission Médicale d'Établissement
CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés
COMEDIMS : Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
COPS : Commission d'Organisation de la Permanence des Soins
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP : Code de la Santé Publique
CTE : Comité Technique d'Établissement
- DGARS** : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DPC : Développement Professionnel Continu
- EHPAD** : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMSP : Équipe Mobile d'accompagnement en Soins Palliatifs
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
- GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire
GIR : Groupe Iso-Ressources
- IFAS** : Institut de Formation d'Aides-Soignants
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique
- PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- OPJ** : Officier de Police Judiciaire
- SSIAD** : Service de Soins Infirmiers À Domicile
- VSL** : Véhicule Sanitaire Léger
- USLD** : Unité de Soins Longue Durée



**CENTRE
HOSPITALIER**
INTERCOMMUNAL
REDON-CARENTOIR

Centre Hospitalier Intercommunal Redon-Carentoir
8 avenue Étienne Gascon,
CS 90262 35600 Redon Cedex
Tél. **02 99 71 71 71** • Fax **02 99 72 32 53**
secretariat.direction@ch-redon.fr
■ **www.ch-redon.fr**