



Règlement Intérieur

SOMMAIRE

PREAMBULE	7
1. DISPOSITIONS GENERALES	8
1.1. Le CH Aunay-Bayeux.....	8
1.1.1. Le CH Aunay-Bayeux, établissement public de santé	8
1.1.2. Les missions et obligations du CH Aunay-Bayeux	8
1.1.3. Le Conseil de Surveillance, le Directeur Général et le Directoire	10
1.1.4. Les instances consultatives	11
1.1.4.1. La Commission médicale d'établissement (1) :	11
1.1.4.2. Le Comité Social d'Etablissement (2) :	12
1.1.4.3. La Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (3) :	12
1.1.4.4. Les formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail	13
1.1.5. Autres instances	14
1.1.6. La Direction de site	14
1.1.7. Gardes de direction	14
1.2. ORGANISATION DES SOINS	15
1.2.1. Structures médicales (1).....	15
1.2.2. Chef de pôle, Contrat de pôle et Projet de pôle (2).....	15
1.2.3. Cadre supérieur de santé du pôle	16
1.2.4. Directeur chargé de pôle	16
1.2.5. Structures internes.....	16
1.2.6. Dispositions spécifiques au pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie (4)	16
1.2.7. Autonomie des professionnels	16
1.2.8. Permanence des soins	16
1.2.9. Fonctions des internes (1)	17
1.2.10. Fonctions des étudiants hospitaliers (3)	17
1.2.11. Coordination des soins dispensés aux patients	18
1.2.12. Service de soins	18
1.3. SECURITE ET HYGIENE	18
1.3.1. Finalité et portée des règles	18
1.3.2. La sécurité générale	19
1.3.2.1. Accès à l'hôpital	19
1.3.2.2. Calme au sein de l'hôpital	19
1.3.2.3. Matériels de sécurité générale	20
1.3.2.4. Sécurité générale – Règles de responsabilité (1)	20
1.3.2.5. Rapports avec l'autorité judiciaire (4).....	21
1.3.2.6. Rapports avec les autorités de police	21
1.3.2.7. Circonstances exceptionnelles	21
1.3.3. La sécurité de fonctionnement	22
1.3.3.1. Gestion des risques	22
1.3.3.2. Personnel technique et continuité du service	22
1.3.3.3. Sécurité incendie.....	22
1.3.3.4. Interdiction de fumer (3)	23
1.3.4. La circulation et le stationnement automobiles	23
1.3.4.1. Nature de la voirie hospitalière	23
1.3.4.2. Règles applicables	23
1.4. AMELIORATION DE LA QUALITE	24
1.4.1. Mise en œuvre de la politique qualité.....	24
1.4.2. Organisation de la démarche de certification	25
1.4.3. Conséquences de la non qualité	25
1.4.3.1. Gestion des réclamations et plaintes	25
1.4.3.2. Etude des dommages sanitaires par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)	26
2. CONSULTATION ET HOSPITALISATION.....	27
2.1. PRINCIPES REGISSANT L'ACCES AUX SOINS	27
2.1.1. Droit à la prévention et aux soins (1).....	27
2.1.2. Libre choix du patient (3)	27
2.1.3. Accueil des patients (7) – Accès aux soins des personnes démunies (8)	27

2.2.	CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES	28
2.3.	ADMISSION EN HOSPITALISATION.....	28
2.3.1.	Décision d'admission (1).....	28
2.3.2.	Formalités d'admission requises	28
2.3.2.1.	Formalités administratives	28
2.3.2.2.	Dépôts et restitution de bien et de valeurs.....	29
2.3.3	.Information de la famille – Personne à prévenir – Secret de l'admission (3)	29
2.3.4.	Personne de confiance (1)	30
2.3.5.	Livret d'accueil (4).....	31
2.3.6.	Modes d'admission	31
2.3.6.1.	Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation (1).....	31
2.3.6.2.	Admission programmée	31
2.3.6.3.	Admission directe dans un service	31
2.3.6.4.	Admission à la suite d'un transfert (2).....	32
2.3.7.	Hospitalisation sans consentement en psychiatrie (1)	32
2.3.8.	Structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet (2)	32
2.4.	ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS AU SEIN DE L'HOPITAL	33
2.4.1.	Organisation de l'activité libérale	33
2.4.2.	Exercice de l'activité libérale.....	33
2.5.	ACCUEIL EN URGENCE.....	34
2.5.1.	Organisation de la prise en charge en urgence (1)	34
2.5.2.	Cas des patients amenés par la police ou gendarmerie en urgence	34
2.5.3.	Intervention des personnels à proximité immédiate du site hospitalier (1)	35
2.5.4.	Plan d'accueil des patients ou blessés en urgence.....	35
2.5.5.	Information sur les patients hospitalisés en urgence (1)	36
2.6.	DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX PATIENTS MINEURS	36
2.6.1.	Garde et protection des mineurs	36
2.6.2.	Consultations pour mineurs	36
2.6.3.	Admission des patients mineurs (1)	36
2.6.4.	Mineurs reçus en urgence	37
2.6.5.	Accompagnement des enfants en hospitalisation	37
2.7.	DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX FEMMES ENCEINTES	38
2.7.1.	Admission en maternité (1).....	38
2.7.2.	Secret de la grossesse ou de la naissance - Accès aux origines personnelles.....	38
2.7.3.	Admission des femmes pour une Interruption de Grossesse.....	38
2.8.	DISPOSITIONS PARTICULIERES A D'AUTRES PATIENTS.....	39
2.8.1.	Patients étrangers (1)	39
2.8.2.	Militaires et victimes de guerre (2).....	39
2.8.3.	Patients gardés à vue et personnes détenues (3).....	39
2.8.4.	Toxicomanes (cure de désintoxication) (4).....	40
3.	INFORMATION ET SOINS	41
3.1.	INFORMATION DES PATIENTS	41
3.1.1.	Droit à l'information	41
3.1.2.	Modalités d'exercice du droit à l'information.....	42
3.1.2.1.	Entretien individuel.....	42
3.1.2.2.	Communication du dossier médical	42
3.1.2.3.	Clichés d'imagerie médicale	42
3.1.3.	Relations avec les proches et ayants droit	43
3.1.4.	Relations avec les médecins traitants	43
3.1.5.	Dispositions spécifiques aux patients en fin de vie (1)	44
3.1.5.1.	Directives anticipées (2).....	44
3.1.5.2.	Soulagement de la douleur en fin de vie (3)	44
3.1.6.	Traitements informatiques des données	44
3.2.	CONSENTEMENT AUX SOINS	45
3.2.1.	Accord sur les soins (1)	45
3.2.2.	Refus des soins	45
3.2.2.1.	Cas général (1)	45
3.2.2.2.	Dispositions spécifiques aux patients en fin de vie (1)	46
3.3.	DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX PATIENTS MINEURS	47
3.3.1.	Informations concernant les mineurs.....	47

3.3.2. Consentement aux soins pour les mineurs	48
3.4. DISPOSITIONS APPLICABLES AUX MAJEURS SOUS TUTELLE (1).....	48
3.5. DON ET UTILISATION DU SANG (1)	50
3.5.1. Don du sang	50
3.5.2. Transfusions sanguines.....	50
3.5.3. Sécurité transfusionnelle	50
3.6. DONS ET PRELEVEMENTS D'AUTRES ELEMENTS ET PRODUITS DU CORPS.....	51
3.6.1. Principes généraux (1).....	51
3.6.2. Prélèvements sur une personne vivante (2).....	51
3.6.3. Prélèvements sur une personne décédée (3)	51
3.7. PARTICIPATION AUX RECHERCHES BIOMEDICALES (1)	52
4. SEJOUR DES PATIENTS	53
4.1. PRINCIPES REGISSANT LE SEJOUR	53
4.1.1. Règles générales	53
4.1.2. Dépôts des objets appartenant au patient -Responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet appartenant au patient (3)	53
4.1.3. Gestion des biens (1) et protection des majeurs sous tutelle.....	54
4.1.4. Horaires quotidiens du séjour hospitalier	54
4.1.5. Service des repas	54
4.1.6. Poursuite de la scolarité	55
4.1.7. Autorisations de sortie en cours d'hospitalisation (1)	55
4.1.8. Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation (3)	55
4.1.9. Exercice des cultes (5)	55
4.1.10. Surveillance et garde des personnes détenues à l'hôpital (1).....	56
4.1.11. Interventions du Service Social (3)	56
4.2. ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L'HOPITAL	57
4.2.1. Visites	57
4.2.2. Recommandations aux visiteurs (2)	57
4.2.3. Stagiaires extérieurs	58
4.2.4. Associations (1)	58
4.2.5. Accès des professionnels de la presse (1)	59
4.2.6. Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs (1)	59
4.2.7. Intervention des notaires	59
4.3. REGLES DIVERSES	60
4.3.1. Respect de la dignité et de l'intimité (1).....	60
4.3.2. Droits civiques	60
4.3.3. Neutralité du Service Public	60
4.3.4. Prestataires de service au sein de l'hôpital	61
4.3.5. Interdiction des pourboires	61
4.3.6. Effets personnels	61
4.3.7. Jouets	61
4.3.8. Animaux domestiques (4)	61
4.3.9. Courrier	62
4.3.10. Téléphone (2)	62
4.3.11. Télévision.....	62
5. SORTIE DES PATIENTS	63
5.1. SORTIE DES PATIENTS EN FIN DE SEJOUR	63
5.1.1. Décision de sortie (1)	63
5.1.2. Organisation de la sortie des patients adultes (2)	63
5.1.3. Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation (1)	64
5.1.4. Sortie des nouveau-nés (3)	64
5.2. CAS PARTICULIERS DE SORTIE	64
5.2.1. Sortie contre avis médical (1)	64
5.2.2. Sortie sans avis médical (à l'insu du service)	65
5.2.3. Sortie disciplinaire (4)	65
6. NAISSANCES ET DECES.....	65
6.1. DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES	65
6.1.1. Déclaration de naissance - cas général (1)	65
6.1.2. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale (2)	65
6.2. DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES	66

6.2.1.	Attitude à l'approche du décès (1)	66
6.2.2.	Information sur le décès (3)	66
6.2.3.	Formalités entourant le décès	67
6.2.4.	Gestion des objets du défunt (1)	67
6.2.5.	Don du corps à la science (3)	67
6.2.6.	Liberté des funérailles. Dispositions testamentaires	68
6.2.7.	Dépôt des corps à la chambre mortuaire (3)	68
6.2.8.	Organisation des opérations funéraires – Libre choix des opérateurs	69
6.2.9.	Mise en bière et transport après mise en bière (5)	69
6.2.10.	Transport de corps sans mise en bière	70
7.	DISPOSITIONS FINANCIERES	71
7.1.	TARIFS DES CONSULTATIONS EXTERNES	71
7.2.	FRAIS DE SEJOUR HOSPITALIER	71
7.2.1.	Régimes d'hospitalisation	71
7.2.2.	Tarifs des prestations	72
7.2.3.	Forfait journalier (2)	72
7.2.4.	Paiement des frais de séjour et provisions (3)	72
7.2.5.	Dispositions particulières à certains patients	72
7.2.6.	Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale	72
7.2.7.	Prestations fournies aux accompagnants	72
8.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS	73
8.1.	REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DU PATIENT	73
8.1.1.	Devoir d'information du public (1)	73
8.1.2.	Secret professionnel (2)	73
8.1.3.	Obligation de discréction professionnelle (1)	74
8.1.4.	Principes de laïcité et de neutralité (2)	74
8.1.5.	Devoir de probité et d'exemplarité	74
8.1.6.	Devoir de réserve	75
8.1.7.	Respect du confort des patients	75
8.1.8.	Exigence d'une tenue correcte	75
8.1.9.	Identification vis-à-vis des interlocuteurs	75
8.1.10.	Accueil et respect du libre choix des familles	76
8.2.	AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL	76
8.2.1.	Obligation de désintéressement – Obligation de déclaration d'intérêts	76
8.2.2.	Interdiction d'exercer une activité privée lucrative (1)	76
8.2.3.	Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces (2)	77
8.2.4.	Interdiction de consommer et d'introduire de l'alcool sur le lieu de travail (4)	77
8.2.5.	Exécution des instructions reçues (1)	77
8.2.6.	Assiduité et ponctualité	78
8.2.7.	Information du supérieur hiérarchique	78
8.2.8.	Obligation de signalement des incidents ou risques (3)	78
8.2.9.	Témoignage en justice ou auprès de la police	78
8.2.10.	Bon usage des biens de l'hôpital	78
8.2.11.	Bonne utilisation du système d'information	78
8.2.12.	Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés dans l'hôpital	79
8.2.13.	Interdiction de diffuser des propos injurieux ou diffamatoires sur les réseaux sociaux dans la presse ou sur tout autre mode de communication (3)	79
8.2.14.	Interdiction de capter et publier des photographies et des vidéos sur les réseaux sociaux, dans la presse ou sur tout autre mode de communication (4)	79
8.2.15.	Respect des règles d'hygiène et de sécurité	80
8.3.	DROITS DU PERSONNEL (1)	80
8.3.1.	Liberté d'opinion - non discrimination	80
8.3.2.	Protection contre le harcèlement	81
8.3.3.	Liberté d'expression	81
8.3.4.	Liberté syndicale - droit de grève	81
8.3.5.	Protection organisée des agents	81
8.3.6.	Droit d'accès à son dossier administratif	82
8.3.7.	Dispositions relatives à l'organisation du temps de travail	82
8.3.8.	Hygiène et sécurité des conditions de travail	82
8.3.9.	Droit à la formation	82

9.	PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL (1)	83
10.	CHARTE D'UTILISATION DES MOYENS INFORMATIQUES	84
11.	CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION DE LA MESSAGERIE SECURISEE DE SANTE	85
12.	PROCEDURE DE MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR	86

PREAMBULE

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

Il s'agit du premier règlement intérieur du Centre Hospitalier.

Il définit les règles de fonctionnement au sein du CHAB propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients, des personnels, et de toute personne extérieure à l'hôpital.

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

Le Directeur du CHAB veille à l'exécution du présent règlement intérieur.

Sauf dispositions contraires mentionnées expressément, le présent règlement intérieur s'applique à l'ensemble des sites et services composant le CHAB.

Les activités du service public hospitalier exercées à l'extérieur des établissements, notamment au domicile des patients, sont rattachées pour leur gestion au CHAB.

1. DISPOSITIONS GENERALES

1.1. Le CH Aunay-Bayeux

1.1.1. Le CH Aunay-Bayeux, établissement public de santé

Le CHAB est un établissement public de santé, régi par le Code de la Santé Publique, qui gère les sites hospitaliers, établissements industriels, services généraux et école (1). Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Son siège est situé au 13 rue de Nesmond, 14400 Bayeux

Les sites hospitaliers sont au nombre de 13 :

- Rue de Nesmond (Bayeux)
- Rue Saint Exupère (Bayeux)
- Route de Vaux sur Aure (Bayeux)
- Rue François Coulet (Bayeux)
- Rue de l'hôpital (Aunay-sur-Odon)
- Rue de Vire (Aunay-sur-Odon)
- Rue Montfiquet (Bayeux)
- Rue Louvière (Bayeux)
- Avenue de Cambridge (Hérouville-Saint-Clair)
- Quartier de la Haute Folie (Hérouville-Saint-Clair)
- Place de l'Hôtel de Ville (Isigny-sur-Mer)
- Rue Alfred Pophillat (Isigny-sur-Mer)
- Place Poulbot (Colomby-Anguerny)

Les établissements industriels sont :

- La blanchisserie du Bessin Pays Falaise (Bayeux)
- La blanchisserie du Pré Bocage (Aunay sur Odon)

L'Institut de Formation Aide Soignant.

1.1.2. Les missions et obligations du CH Aunay-Bayeux

Le CHAB est un Centre Hospitalier qui exerce ses missions au plan local et répond aux besoins de santé des habitants des territoires du Bessin et Pré-Bocage.

Il exerce les missions d'un hôpital de proximité et fait partie du GHT Normandie Centre.

Il a pour missions :

- d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des patients, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ;
- de participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la

prévention, à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, notamment des produits mentionnés à l'article L 5311-1 du Code de la Santé Publique, et d'organiser en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire. Il met en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire.

Il a pour objet :

- de dispenser :
 - avec ou sans hébergement :
 - des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie,
 - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des patients requérant des soins continus, dans un but de réinsertion,
 - des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.
 - de concourir :
 - à l'enseignement universitaire et postuniversitaire,
 - à la formation continue des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers,
 - à la recherche médicale et pharmaceutique,
 - à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétences,
 - aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination, conjointement avec les praticiens et autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente,
 - à la lutte contre l'exclusion sociale en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux.
- de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience,
- de procéder à l'analyse de son activité.

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

De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, le CHAB est en mesure d'accueillir toutes les personnes dont l'état requiert ses services ; il assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins. La dispensation de soins

dans le respect des règles déontologiques et professionnelles (notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches), le respect de la dignité et de la personnalité du patient, la prise en compte de sa souffrance, et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du CHAB. La continuité du service est assurée par une organisation adéquate sur le plan des soins et des relations avec les patients et leurs proches, ainsi que dans le domaine technique.

Texte(s) de Référence
Articles L. 6141-1 L. 6141-2 L. 6142-1 L. 6142-3 du CSP
Articles L. 6111-1, L. 6111-2, L. 6111-3, L. 6112-1, L. 6112-2 du CSP

1.1.3. Le Conseil de Surveillance, le Directeur Général et le Directoire

Le CH Aunay-Bayeux est doté d'un Conseil de Surveillance. Il est dirigé par un Directeur Général, nommé par arrêté du Centre National de Gestion, qui préside le Directoire. (1)

Le Conseil de Surveillance (2) se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il se prononce par délibération ou par avis sur les matières définies par le code de la santé publique

Il est également informé dans les domaines déterminés par le code de la santé publique.

Le Conseil de surveillance dispose de son propre règlement intérieur.

Le Directeur Général (3) conduit la politique générale de l'établissement.

Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Il est 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.

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 est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger.

Le Directeur Général est assisté par une équipe de Directeurs responsables, sous son autorité, du fonctionnement de l'institution dans un secteur fonctionnel ou géographique, ou dans un pôle, déterminé en application de l'organigramme de Direction ; des délégations de signature sont mises en œuvre.

Le Directoire (4) est composé de neuf membres, dont une majorité sont issus du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Quatre sont membres de droit et cinq sont nommés pour une durée de quatre ans.

Les quatre membres de droit sont :

- le Directeur Général, qui en est le président,
- le président de la CME, qui en est le premier vice-président, chargé des affaires médicales,
- la coordonnatrice générale des soins,
- Un membre du personnel paramédical, désigné par le directeur sur proposition de la coordonnatrice générale des soins.

Outre les membres de droit, le Directeur Général nomme cinq membres pour une durée de quatre ans (3 chefs de pôle non membres du conseil de surveillance, 2 praticiens non chef de pôle). Une liste de proposition est établie par le président de la CME. Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au Directeur Général dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas de désaccord, constaté par le Directeur Général sur les noms portés sur la liste transmise ou du fait de l'absence ou du caractère incomplet de cette dernière, le Directeur Général peut demander une nouvelle liste sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix. Ces membres sont révocables par le Directeur Général.

Le Directoire conseille le Directeur Général dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 6141-1 et L 6143-7-2 du CSP
(2) Articles L 6143-1 et R 6143-1 à R 6143-16 du CSP
(3) Articles L 6143-7 à L 6143-7-2, et D 6143- 33 à D 6143-35 du CSP
(4) Articles L 6143-7-3 à L 6143-7-5 et D 6143-35-1 à D 6143-35-5 du CSP

1.1.4. Les instances consultatives

Le CHAB est doté des instances consultatives suivantes :

1.1.4.1. La Commission médicale d'établissement (1) :

La Commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Elle est, selon le cas, consultée ou informée, conformément à la réglementation.

Cette commission est représentative des personnels médicaux, pharmaceutiques et maïeutiques.

a) La commission médicale d'établissement est composée de vingt quatre membres. Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué par élection sans qu'il y ait de candidature distincte.

Les sièges se répartissent ainsi :

L'ensemble des chefs de pôle (5 membres)

Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles (8 membres)

Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement (temps plein et temps incomplets) (6 membres)

Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels, ou exerçant à titre libéral de l'établissement (3 membres)

Représentant des sages-femmes (1 membre)

Représentant des internes (1 membre)

Assistant en outre avec voix consultative : les personnels précisé au II de l'article R.6144-3 du CSP.

En dehors des membres élus, sont invités à titre permanent tous les personnels médicaux qui peuvent participer aux débats sans toutefois participer aux votes.

La CME élit parmi ses membres un président et un vice-président.

b) L'organisation interne de la commission médicale d'établissement est définie par le règlement intérieur de cette instance, conformément aux dispositions du Code de la Santé publique.

1.1.4.2. Le Comité Social d'Etablissement (2) :

Ce comité assure la représentation des personnels non médicaux de l'établissement. Il est composé de 12 membres titulaires et 12 membres suppléants.

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

Il est consulté ou informé sur les matières relatives au fonctionnement de l'établissement, définies par décret. Il dispose d'un règlement intérieur.

1.1.4.3. La Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (3) :

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

a) Composition de la CSIRMT

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 15 membres élus, et 15 suppléants, qui constituent 3 collèges.

Collège des cadres de santé : 1 membre

Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques : 3 membres

Collège des aides-soignants : 2 membres

Le mandat des membres élus est de 4 ans, renouvelable.

b) Présidence de la CSIRMT

La CSIRMT est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques. Le Président, membre de droit du Directoire, rend compte chaque année de l'activité de la CSIRMT dans un rapport adressé au Directoire.

c) Modalités du scrutin

Sont électeurs les agents appartenant aux groupes susvisés et détenant le statut de fonctionnaire titulaire ou stagiaire et de contractuels relevant des dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, en fonction au CHAB à la date du scrutin.

1.1.4.4. Les formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail

Elles examinent :

Les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, du télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.

Le rapport annuel établi par le médecin du travail et a accès aux informations relatives à la santé, la sécurité et aux conditions de travail contenues dans le rapport social unique.

Elles contribuent également à la promotion de la prévention des risques professionnels et peuvent proposer des actions qu'elles estiment utiles dans cette perspective.

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail comprend 12 membres titulaires, désignés parmi les élus du CSE et 12 membres suppléants désignés parmi les agents éligibles dans l'établissement.

A noter, la formation spéclisée de site, compétente pour le site d'Aunay-sur-Odon, comprend 4 membres titulaires désignés parmi les élus du CSE et 4 membres suppléants désignés parmi les agents éligibles dans l'établissement.

L'organisation mise en place au CHAB se décline de la façon suivante :

- 1) Une F3SCT dédiée à l'examen du DUERP par an et une F3SCT dédiée à l'examen des accidents de travail par an
- 2) Huit réunions F3SCT au minimum réparties ainsi :
 - a) F3SCT Bayeux : 4 réunions annuelles au minimum
 - b) F3SCT Aunay : 4 réunions annuelles au minimum

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 6144-1 et 2, R 6144-1 à R. 6144-6 du CSP
(2) Articles L 6144-3 et suivants, et Article L 251-11R du Code Général de la Fonction Publique et décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif au CSE des EPS
(3) Articles L 6146-9, R 6146-10 à 16 du CSP
(4) Articles R 4615-1 et suivants du Code du travail ; circulaire DH/8D n° 311 du 8.12.1989

1.1.5. Autres instances

Des commissions sont placées auprès de la Commission médicale d'établissement.

Conformément à la réglementation, les commissions suivantes sont organisées :

- commission de l'activité libérale ;
- commission des usagers;
- conseil de la vie sociale, mis en place au sein des EHPAD ;
- commission de formation.

1.1.6. La Direction de site

Le Directeur Général peut nommer sur chacun des sites un Directeur. Le Directeur de site assure la conduite de l'hôpital dont il est chargé sous l'autorité et conformément aux directives du Directeur Général avec le concours des Directions fonctionnelles et dans le respect du fonctionnement des pôles (1). Le Directeur rend compte de sa gestion devant le Directeur Général.

Texte(s) de Référence
(1) cf. 1.2 du RI

1.1.7. Gardes de direction

Afin d'assurer la présence permanente d'une autorité administrative au sein de l'établissement, de veiller à la bonne marche du service public hospitalier et de prendre les mesures nécessaires pour parer à tout événement susceptible d'entraver son fonctionnement normal, le Directeur Général habilite plusieurs agents, membres de l'équipe de direction, à exercer des gardes de direction, durant lesquelles ils sont investis par délégation de domaines relevant de sa compétence et de sa responsabilité. La garde de direction peut également être confiée aux ingénieurs, attachés et cadres supérieurs de santé.

Un tableau de garde est établi annuellement par le Directeur Général, faisant apparaître nominativement la liste quotidienne des directeurs de garde en complément de la permanence d'astreinte de la Direction Générale.

Une décision écrite du Directeur Général nomme officiellement les directeurs de garde et leur confère une délégation de signature pour plusieurs mesures qu'ils sont susceptibles de prendre au cours de leur garde de direction.

Il appartient au Directeur de garde d'avertir l'astreinte de la Direction Générale notamment pour la gestion des événements qui, en raison de leur nature ou de leur gravité, sont susceptibles notamment d'engager la responsabilité ou concerner l'image du CHAB.

Un manuel de garde récapitulant les conduites à tenir pour une majorité de situations et de problématiques listées est mis à la disposition de chaque directeur de garde.

Ces documents font l'objet d'actualisations régulières selon les évolutions réglementaires et/ou organisationnelles.

1.2. ORGANISATION DES SOINS

1.2.1. Structures médicales (1)

L'hôpital est organisé en pôles hospitaliers.

L'organisation polaire est définie par le Directeur Général en concertation avec le directoire, conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME, et du CSE.

Les pôles peuvent comporter des structures internes (départements, services, unités fonctionnelles).

1.2.2. Chef de pôle, Contrat de pôle et Projet de pôle (2)

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

Le praticien chef de pôle est nommé pour une durée de 4 ans renouvelable.

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

Il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle.

Il organise, en concertation avec les équipes, le fonctionnement du pôle, et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services, ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté d'un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au Directeur Général. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Le projet de pôle est élaboré par chaque chef de pôle.

Le contrat de pôle doit être conforme au projet de pôle.

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

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

Le contrat de pôle est signé pour une durée de 4 ans entre le Directeur Général et le chef de pôle. Il est soumis à un avis préalable du président de la CME afin de vérifier la cohérence avec le projet médical. Il fait l'objet d'une concertation avec le directoire.

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

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

1.2.3. Cadre supérieur de santé du pôle

Le cadre supérieur de santé du pôle apporte son expertise à la gestion du pôle et participe à la mise en œuvre du projet de pôle.

1.2.4. Directeur chargé de pôle

Le directeur chargé de pôle facilite la mise en œuvre des projets du pôle et est un interlocuteur privilégié entre le pôle et l'administration.

1.2.5. Structures internes

Le Directeur Général nomme les responsables des structures internes, services, ou unités fonctionnelles, sur proposition du président de la CME et après avis du chef de pôle (3).

1.2.6. Dispositions spécifiques au pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie (4)

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 stériles.

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. Il participe aux travaux des sous-commissions en charge des vigilances en tant que de besoin.

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 matière 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.

1.2.7. Autonomie des professionnels

Certains personnels, tels les Sages-Femmes et les Psychologues, conservent une autonomie dans l'organisation des soins et des actes relevant de leur compétence.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 6146-1 du CSP
(2) Articles L 6146-1, D 6146-1, R 6146-8 et 9 du CSP
(3) Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016
(4) Articles L 5126-5 et R 5126-23 du CSP

1.2.8. Permanence des soins

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

hospitalisés ou admis en urgence. Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical (praticiens à temps complet ou partiel, assistants, praticiens attachés) :

- assurent le service quotidien de jour, du matin et de l'après-midi, du lundi au samedi matin inclus (visite médicale quotidienne, examens et soins des patients hospitalisés, soins et consultations des patients externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et autres produits relevant des pharmaciens).
- participent au service des samedi après-midi, dimanche et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus par ailleurs de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors des horaires du tableau de service, conformément au plan d'accueil des patients ou blessés en urgence (1).

La Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins définit annuellement avec le Directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité. Ses attributions sont précisées par la réglementation (2).

Texte(s) de Référence
(1) cf. 2.5.1 du RI
(2) Arrêté du 30/04/2003 ; Décret n° 84-131 et 84-135 du 24/02/1984 modifié ; Décrets n° 85-384 du 29/03/1985 modifié ; n°87-788 du 28/09/1987

1.2.9. Fonctions des internes (1)

Les internes sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui, à l'hôpital, consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et à leur formation. Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service. Au sein des pôles cliniques, les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des patients (contre-visite), aux jours et heures arrêtés par le chef de service. Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien du service. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère invasif, sous la responsabilité du chef de service, que s'ils sont habilités par celui-ci et à condition qu'un praticien autorisé par la réglementation (2) soit en mesure d'intervenir à tout moment.

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.

1.2.10. Fonctions des étudiants hospitaliers (3)

Les étudiants en médecine participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens et sous la surveillance des internes. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation. Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils sont associés au service de garde. Ils suivent les enseignements dispensés au sein de l'hôpital et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Texte(s) de Référence
(1) Décret n° 2013-73 du 23 janvier 2013
(2) Article L 4111-1 du CSP
(3) Décret n° 70-931 du 08/10/1970 modifié

1.2.11. Coordination des soins dispensés aux patients

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de la qualification et des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser et d'une manière générale, du devoir d'assistance aux patients et à leurs familles. L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement.

Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

1.2.12. Service de soins

Le service de soins accueille les personnes soignées en hospitalisation, en consultation ou lors des examens et explorations. Dans chaque service de soins, un cadre de santé assure la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins ou des examens et/ou des explorations. Les personnels qualifiés (Infirmiers, Manipulateurs de radiologie, Kinésithérapeutes, ...) accomplissent les soins relationnels, techniques et/ou les examens et/ou les explorations ainsi que tous les soins nécessaires au confort du patient. Ils sont assistés, dans cette tâche, par d'autres professionnels (Aide-Soignant, Auxiliaires de Puériculture, , ...) qui participent aux soins d'hygiène et de confort de la personne soignée. Les Agents des services hospitaliers accomplissent les tâches d'entretien et d'hygiène des locaux.

1.3. SECURITE ET HYGIENE

1.3.1. Finalité et portée des règles

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles visent aussi à assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. Ces règles prennent en compte les besoins des personnes handicapées, usagers ou personnels (1). En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital (2), 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, des règlements et des principes généraux du droit. Quelle que soit la raison de sa présence au sein du site hospitalier, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont

données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités. Dans la mesure où les conventions qui lient l'hôpital à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes. Ils en sont informés et sont tenus de porter à la connaissance du Directeur les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils sont autorisés à occuper.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n° 2005-102 du 11/02/2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
(2) Article L 6143-7 du CSP

1.3.2. La sécurité générale

1.3.2.1. Accès à l'hôpital

L'accès des véhicules dans l'enceinte du site hospitalier est réservé aux transports sanitaires, aux particuliers devant déposer ou rechercher un patient aux urgences, aux personnes titulaires de la carte personne à mobilité réduite indiquant une restriction sur la marche, aux fourgons mortuaires, aux forces de l'ordre, aux personnels autorisés, aux personnes extérieures au CHAB titulaires d'une autorisation d'accès.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires. L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur. De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles.

Sauf besoins ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire à l'hôpital : animaux (sous réserve de la dérogation particulière prévue (1)), alcool, stupéfiants, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Le port d'arme est interdit, que ce soient des armes blanches (tous types de couteaux) ou des armes à feu. Les autres accessoires classiquement utilisés comme armes sont également prohibés dans l'enceinte de l'établissement (coup de poing américain, bâtons de base-ball, barres de fer, etc.).

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière et sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

1.3.2.2. Calme au sein de l'hôpital

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

Texte(s) de Référence
(1) cf 4.3.8 du RI

1.3.2.3. Matériels de sécurité générale

L'installation de matériels de télé-protection, de vidéo-protection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre de la réglementation applicable en matière de sécurité intérieure et extérieure. Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. (4). L'installation, le fonctionnement et l'exploitation des matériels de vidéo-protection doivent observer les dispositions de la loi et des textes pris pour son application. (5)

Texte(s) de Référence
(1) Loi n° 83-629 du 12/07/1983 ; Circulaire n° 86-343 du Ministère de l'Intérieur ; loi n° 2003-239 du 18/03/2003 relative à la sécurité intérieure
(2) Articles 223-6 et 122-7 du Code pénal ; Article 73 du Code de procédure pénale
(3) cf 1.3.2.8 du RI
(4) Loi n°78-17 du 06/01/1978 sur l'informatique, les fichiers et les libertés ; délibération CNIL du 21/06/1994 ; Articles 226-16 à 226-20 du Code pénal ; Circulaire DH/AF1 n°91-71 du 26/12/1991
(5) Loi n° 95-73 du 21/01/1995 ; Circulaire du 14 septembre 2011 relative au cadre juridique applicable à l'installation de caméras de vidéo-protection sur la voie publique et dans les lieux ou établissements ouverts au public, d'une part, et dans les lieux non ouverts au publics, d'autre part

1.3.2.4. Sécurité générale – Règles de responsabilité (1)

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière. Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non. Le CHAB assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital. Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le Directeur en application du code de Procédure Pénale (2) peut porter les faits à la connaissance du Procureur de la République dans la mesure où ces faits paraissent constituer un délit (ou a fortiori un crime). (3).

Enfin, il est du devoir de tout agent de communiquer, à la direction ou à l'encadrement, toute suspicion de radicalisation liée à une idéologie politique, sociale ou religieuse contestant l'ordre établi.

1.3.2.5. Rapports avec l'autorité judiciaire (4)

Le Directeur informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

1.3.2.6. Rapports avec les autorités de police

Seul le Directeur, ou son représentant, a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du site une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire. En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirés de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des patients (5) et d'une manière générale des droits du citoyen.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n° 83-634 du 13/07/1983 (article 11)
(2) Article 40 du Code de procédure pénale
(3) Article 433-5 du Code de procédure pénale (outrages et insultes) ; Article 222-13 du Code de procédure pénale (violences physique) ; Article 433-3 al.2 du Code de procédure pénale (menaces physiques) ; Article 433-3 al. 4 du Code de procédure pénale (menaces de mort)
(4) Articles 40 et 74 du Code de procédure pénale ; Article 81 du Code civil
(5) Loi n°2002-303 du 04/03/2002 (droits des usagers et qualité du système de santé)

1.3.2.7. Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. La F3SCT en est informée pour les matières relevant de sa compétence. Le Directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation. Il peut ainsi faire interdire l'accès du site hospitalier à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuellement décidées (ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules ...) ou à justifier le motif de son accès sur le site.

En cas de péril grave et imminent pour le site, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le Directeur peut, sans consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation exceptionnelle ou lors du déclenchement de plans d'urgence ou de sécurité générale (Ministères, Zone de défense Ouest, Préfecture 14 – SIRACED-PC, ARS Normandie), le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

1.3.3. La sécurité de fonctionnement

1.3.3.1. Gestion des risques

Le Directeur Général et ses adjoints prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des autres personnes fréquentant chaque site. A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, ils définissent et mettent en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées. Ils informent régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention. Ils organisent la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires. Ils prévoient un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des mesures qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

1.3.3.2. Personnel technique et continuité du service

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

1.3.3.3. Sécurité incendie

L'ensemble des sites est assujetti au règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux Etablissements recevant du public (1).

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les formations obligatoires relatives à la sécurité incendie. Il doit être mis en garde contre les dangers que présente un incendie dans un hôpital, être formé à l'exécution de consignes très précises en vue de limiter l'action du feu et d'assurer le transfert horizontal ou l'évacuation et doit être entraîné à la manœuvre des moyens d'extinction (2).

Le personnel non formé à la sécurité incendie depuis plus de 2 ans doit, de lui-même, s'inscrire à l'une des formations proposées dans son service selon le planning annuel ou, à une séance de rattrapage.

Tout aménagement intérieur (modification de local, portes, revêtements, décoration et gros mobilier, etc...) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Direction des Travaux de la Maintenance et du Patrimoine.

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

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

- la conduite à tenir en cas d'incendie ;
- les modalités d'évacuation notamment dans les locaux d'hospitalisation ;

- les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et liquides inflammables ;
- la vacuité permanente des itinéraires d'évacuation, des dégagements et des portes issues de secours.
- l'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction ;
- l'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques ;
- l'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés.

1.3.3.4. Interdiction de fumer (3)

Il est interdit de fumer (tabac ou substances illicites) et de vapoter, dans l'ensemble des locaux du CHAB y compris les chambres d'hospitalisation ; une signalisation apparente rappelle cette interdiction. Toutefois, des aménagements peuvent être envisagés au sein des EH'PAD.

Texte(s) de Référence
(1) Arrêté du 25 juin 1980 modifié relatif aux Etablissements Recevant du Public (dispositions générales).
(2) Arrêté du 10 décembre 2004 relatif aux Etablissements de type U (Etablissements de Soins- dispositions particulières Art U 47)
(3) Articles L 3511-7-1, R 3511-1 et suivants du CSP

1.3.4. La circulation et le stationnement automobiles

1.3.4.1. Nature de la voirie hospitalière

Les voies de circulation des sites hospitaliers appartiennent au domaine public du CHAB. Elles sont des voies "manifestement ouvertes à la circulation du public" au terme de la jurisprudence de la Cour de Cassation et, à ce titre, accessibles à tout usager.

1.3.4.2. Règles applicables

Conformément aux dispositions législatives, réglementaires et jurisprudentielles, le CHAB arrêtera des modalités quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles de régulation des accès aux sites hospitaliers en cas de besoin.

Le Code de la Route est applicable sur tous les sites hospitaliers. La signalisation est adaptée au Code de la Route, en particulier à celle concernant l'interdiction de s'arrêter, l'interdiction de stationner, l'information d'enlèvement de véhicule en cas d'infraction. La gendarmerie nationale et la police municipale sont chargées de faire respecter le Code de Route notamment en matière d'accès des véhicules d'incendie et de secours.

Les agents du CHAB doivent respecter le Code de la Route sur les sites hospitaliers. Sera particulièrement surveillé le respect du code de la route sur les voies classées par les Commissions de Sécurité Incendie comme "voies utilisables par les engins de secours "

ainsi que les voies classées par arrêté préfectoral comme devant être dégagées au titre de "la nécessité absolue de dégagement de voies de secours".

Ces classements sont périodiquement actualisés après avis des Commissions de Sécurité Incendie.

Le CHAB se réserve le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à ses sites aux personnes qui ne respecteraient pas les dispositions prévues aux alinéas précédents, useraient de faux supports pour détourner les règles, entraveraient gravement la circulation, mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou d'une manière générale, compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier en ne respectant pas les règles institutionnelles ou en s'en prenant aux personnes chargées du respect de celles-ci.

Le CHAB se réserve le droit de demander, aux frais du propriétaire, l'enlèvement de tout véhicule dont le stationnement, même régulier, serait sans lien avec le service public hospitalier. Cette demande interviendra dans les mêmes conditions que celles retenues par la Ville de Bayeux en matière de stationnement prolongé. L'Etablissement en avisera le propriétaire autant que possible par tout moyen approprié.

L'accessibilité de tout usager aux sites hospitaliers dans le respect des dispositions des alinéas précédents n'ouvre en aucune manière droit à stationnement. Cette accessibilité n'engage en rien la responsabilité du CHAB en matière d'accident de la circulation, de vol ou de dégradation de véhicule.

Le CHAB arrête des zones de stationnement réservées à certaines catégories de personnels appréciées par le Directeur Général. Des places sont également réservées aux personnes handicapées.

En cas de déclenchement des plans d'alerte ou d'urgence (plan BLANC), la Direction du site assure l'organisation des accès en liaison avec l'ensemble des partenaires concernés par la mise en œuvre de ces plans.

1.4. AMELIORATION DE LA QUALITE

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les établissements de santé définissent et mettent en œuvre une politique adéquate, évaluent leur activité et font l'objet, périodiquement d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification.

1.4.1. Mise en œuvre de la politique qualité

Elle est un élément essentiel du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité. Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels et sa mise en œuvre constitue un élément de leur évaluation professionnelle. L'amélioration de la qualité est le résultat de démarches internes conduites par les professionnels. Elle repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes. La Direction de la Qualité et de la gestion des risques, en lien étroit avec la CME et la Direction des Soins, recense les différentes démarches d'amélioration menées dans l'ensemble des services de l'institution, impulse les nouvelles démarches rendues obligatoires réglementairement ou nécessaires, sélectionne des thèmes prioritaires déterminés par les plans d'actions d'amélioration de la qualité résultant des auto-évaluation, visites de certification, des résultats de l'écoute client développée au sein de l'établissement, et des avis et propositions émis par la Commission des Usagers, suit l'avancée des actions et les fédère. Les décisions concernant la politique qualité sont prises par le Directeur Général après avis de la CME et concertation en Directoire.

1.4.2. Organisation de la démarche de certification

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient. Cette procédure donne lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS), instance consultative à caractère scientifique et indépendante (1). Elle s'inscrit dans un double courant international qui prône d'une part : une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs et, d'autre part, une démarche d'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus. S'appuyant entre autres sur l'évaluation des pratiques professionnelles (2) et à côté de l'éventuelle accréditation des médecins et des équipes soignantes de l'hôpital, la procédure de certification des établissements de santé concerne l'ensemble de leur fonctionnement et prend en compte les mesures prises pour assurer le respect des droits des patients et les résultats obtenus à cet égard (3). Le déroulement de cette procédure s'appuie en interne sur une organisation institutionnelle, reposant sur des équipes pluridisciplinaires qui se coordonnent de façon transversale et sur un groupe de pilotage et de suivi.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 6113-3 et suivants ; articles L 1414-3-3 et 1414-4 du CSP
(2) Article L 6113-2 du CSP
(3) Article L 1110-7 du CSP

1.4.3. Conséquences de la non qualité

1.4.3.1. Gestion des réclamations et plaintes

Le patient, son représentant légal ou ses ayants droits peuvent faire part au Directeur de leurs observations et s'il y a lieu, de leurs réclamations. Ils sont mis en mesure d'exprimer leurs griefs de façon écrite ou orale. Le Directeur accuse réception des demandes et réclamations présentées par écrit, en donnant possibilité à toute personne ne pouvant s'exprimer qu'oralement de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit avec délivrance d'une copie. Tenu de fournir les explications sollicitées et de répondre aux demandes formulées (1), il peut soit y procéder directement en informant l'usager de la faculté de saisir le médiateur compétent de la Commission des Usagers (2) soit saisir lui-même le médiateur avec information de l'usager. Le médiateur saisi rencontre l'usager et adresse le compte-rendu de cette rencontre dans les huit jours suivants au Président de la Commission en question ; ce dernier transmet le compte-rendu du médiateur aux membres. Un fichier synthétique des réclamations et plaintes est constitué au niveau de la Direction de la qualité et de la gestion des risques ; ce fichier est communiqué à la Commission susvisée. Si le patient ou ses ayants droits estiment dommageable à leur égard la prise en charge par l'hôpital, ils peuvent saisir d'une demande d'indemnisation soit le Directeur, soit la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux (3), soit directement la juridiction compétente. Le Directeur, saisi d'une réclamation ou plainte, est tenu en toute hypothèse de faire connaître les voies de recours ouvertes. La saisine de la CDU ne constitue pas un préalable obligatoire à une démarche auprès de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux ou à une requête devant les Tribunaux.

Texte(s) de Référence
(1) Charte de la personne hospitalisée
(2) Articles L 1112-3 R 1112-79 et suivants du CS
(3) cf 1.4.3.2 du RI

1.4.3.2. Etude des dommages sanitaires par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)

Toute personne ou le cas échéant son représentant légal s'estimant victime d'un dommage résultant d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, et le ou les ayants-droits de la victime décédée, peuvent saisir le Tribunal Administratif d'une demande d'indemnisation pour faute imputable à l'établissement de santé ou pour infection nosocomiale sans cause étrangère à l'établissement (1) ; cette démarche peut intervenir après rejet d'une demande d'indemnisation auprès de la Direction du CHAB ou échec d'une tentative de transaction à ce sujet.

Dans le même objectif, directement ou parallèlement, que le dommage résulte ou non de la faute d'un professionnel, les mêmes personnes peuvent saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (2), qui a été créée pour faciliter à titre principal le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales.

La CCI compétente pour les demandes d'indemnisation concernant le CHAB, a son secrétariat implanté à Montreuil (Seine-Saint-Denis). Elle doit être saisie directement avec, parmi les pièces à joindre à la demande établie sur un formulaire type, un certificat médical décrivant le dommage subi. Cette procédure peut, après expertise médicale et avis de la CCI, conduire à une indemnisation accélérée par l'assureur ou à une indemnisation par l'Office National d'Indemnisation au titre de la solidarité nationale, sous réserve - dans le 2^{ème} cas - que le dommage soit directement imputable à une activité soignante ayant eu des conséquences anormales et qu'il présente un degré minimum de gravité défini suivant les modalités réglementairement arrêtées (4).

L'objectif de cette procédure – gratuite et ne nécessitant pas l'intervention d'un avocat – est de permettre un versement accéléré des indemnités dues aux victimes. A défaut de transaction avec l'assureur, la saisine du Tribunal Administratif redevient la voie de recours en cas de difficultés dans le règlement amiable d'un dommage pour faute et en cas de dommage sans faute d'un degré de gravité inférieur au minimum requis réglementairement.

A noter qu'au titre de sa mission de conciliation, la CCI est aussi chargée de faciliter le règlement amiable de tous autres litiges entre usagers et professionnels ou établissements de santé ; dans ce cadre elle peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des patients et des usagers du système de santé ; en accord avec l'intéressée, le Président de la CCI peut se dessaisir de la demande et la transmettre à la Commission des Usagers ou une instance professionnelle (par exemple Conseil de l'Ordre des Médecins) si cela est de nature à favoriser la solution du litige.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1142-1 du CSP
(2) Articles L 1142-2 à 1142-24 du CSP
(3) Articles R 1142-5 et suivants du CSP ; R 1142-42 et suivants du CSP
(4) Articles L 1114-4 et L 1142-5 du CSP; R 1142-21 du CSP

2. CONSULTATION ET HOSPITALISATION

2.1. PRINCIPES REGISSANT L'ACCÈS AUX SOINS

2.1.1. Droit à la prévention et aux soins (1)

Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au traitement de la douleur ainsi qu'à des soins palliatifs et un accompagnement en fin de vie, sans aucune discrimination. Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions requises, le droit de recevoir sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces actes ne doivent pas aussi être réalisés par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris par le médecin dans les conditions réglementairement prévues, qui sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs (2).

2.1.2. Libre choix du patient (3)

Le droit du patient 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 patient lui-même, doit toutefois se concilier avec les règles de fonctionnement de l'hôpital telle que l'organisation des soins ; il ne permet pas en outre au patient de s'opposer à ce qu'un professionnel de santé procède à un acte pour des motifs tirés de la religion, connue ou supposée de ce dernier (4). Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital. L'exercice de ce droit peut avoir des conséquences sur les conditions de la prise en charge financière par la Sécurité Sociale (5). Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, ce droit s'exerce également dans le respect du principe de sectorisation (6).

2.1.3. Accueil des patients (7) – Accès aux soins des personnes démunies (8)

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir en permanence et sans discrimination, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers préventifs, curatifs ou palliatifs. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel. Le personnel de l'hôpital est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il donne aux patients et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits. Le CHAB se met par

ailleurs en relation avec la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité (9).

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 1110-1, L 1110-3, L 1110-5 , L 1110-9 du CSP
(2) cf. 3.2.2.1 et 3.2.2.2 du RI
(3) Articles L 1110-8 et R 1112-17 du CSP
(4) Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2.02.2005 relative à la laïcité
(5) Circulaire DSS/SDAS/2B n° 97-739 du 21.11.1997
(6) Article L 3211-1 du CSP
(7) Articles L 6112-2 et R 1112-40 du CSP
(8) Article L 6112-6 du CSP
(9) Circulaire DGOS 18 juin 2013 – Art. L6111-1-1 du CSP

2.2. CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES

Les consultations et soins externes s'adressent aux patients dont l'état ne justifie pas une hospitalisation. Des mesures d'organisation sont mises en œuvre pour un fonctionnement satisfaisant de ces consultations, en s'assurant de l'attention apportée à l'accueil des consultants, tout particulièrement sur le plan des rendez-vous et des délais d'attente.

2.3. ADMISSION EN HOSPITALISATION

2.3.1. Décision d'admission (1)

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le Directeur Général, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'hôpital. L'admission peut être aussi prononcée par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé en cas de refus de l'établissement de recevoir un patient remplissant les conditions alors qu'un lit est disponible à cet effet.

2.3.2. Formalités d'admission requises

2.3.2.1. Formalités administratives

Sous réserve de certaines dispositions (2), l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation. A cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau des entrées, une pièce d'identité (comportant une photographie) et le cas échéant un document attestant la prise en charge du ticket modérateur par un organisme tiers payant. Il peut lui être demandé de justifier son adresse par tout document.

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

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

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

2.3.2.2. Dépôts et restitution de bien et de valeurs

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, à un régisseur de dépôt de l'établissement. Au-delà de 3 mois de garde, ces dépôts sont transmis à la Trésorerie de l'Etablissement.

En cas de décès, les dépôts sont transmis dans un délai maximum de 3 mois à la Trésorerie de l'Etablissement. Elle devient alors le seul interlocuteur.

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

L'établissement 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.

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au patient soit par le Régisseur de l'établissement, soit par la Trésorerie de l'Etablissement, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité. Un certificat d'hérédité ou tout document justifiant de la qualité d'héritier, est également demandé en cas de décès et les restitutions ne pourront être effectuées dans ce cas que par la Trésorerie. En cas de décès le dépôt est transféré à la Trésorerie (rappel supra), elle est seule alors habilitée à remettre le dépôt de sommes d'argent ou objets de valeurs sous les conditions précitées.

Le patient peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé. Dans ce cas précis, le dépôt ne peut être rendu que par la Trésorerie de l'Etablissement.

2.3.3. Information de la famille – Personne à prévenir – Secret de l'admission (3)

Dès l'admission, le service de soins propose au patient de désigner une personne à prévenir en tant que de besoin.

Toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille des patients ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le cadre soignant ou l'infirmier(e) responsable du patient, dans le respect de la discréction demandée éventuellement par le patient.

Le patient, y compris un mineur se déclarant opposé à la consultation de ses père et mère ou représentant légal et confirmant cette opposition, peut demander le bénéfice du secret de

l'hospitalisation. Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement, avec une mention relative à l'admission sous secret qui doit être signalée aux services concernés (service d'hospitalisation, accueil, standard...) de façon à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur la présence de l'intéressé au sein du site. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement dans les cas prévus par la réglementation (4).

Nota Bene :

L'anonymat est l'état d'une personne, dont on ignore le nom, l'identité.

La confidentialité correspond au caractère privé et secret d'une information.

La législation ne prévoit que deux situations d'anonymat dans le cadre de l'hospitalisation :

- Accouchement sous le secret (5).
- Toxicomanes en cas d'admission volontaire (6).

Il n'est donc pas prévu juridiquement de pouvoir prononcer une hospitalisation sous couvert d'anonymat dans d'autres situations. Cependant, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé (7), à l'exception toutefois des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 (8).

Texte(s) de Référence
(1) Articles R 1112-11 et 12 du CSP
(2) cf. 2.7.2 et 2.8.4 du RI
(3) Articles R 1112-4 et 1112-5, R 1111-6 du CSP
(4) cf 2.8.2 (militaire en urgence) par exemple du RI
(5) Article R 1112-28 du CSP ; Article L 222-6 du Code de l'action sociale et des familles
(6) Articles L 3414-1, R 1112-38 du CSP
(7) Article R 1112-45 du CSP
(8) Cf 2.6.3 du RI

2.3.4. Personne de confiance (1)

Lors de l'admission, il est proposé à chaque patient majeur de désigner par écrit une «personne de confiance ». Cette désignation est co-signée par la personne désignée. Elle est facultative et figure au dossier médical. Cette personne – qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant – a vocation à être consultée si le patient devenait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cet effet. Si ce dernier le souhaite, elle peut aussi l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et l'aider dans ses décisions. Son rôle est renforcé pour les patients en fin de vie (2) : lorsque le patient dans cette situation est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf urgence ou impossibilité, l'avis de la «personne de confiance» qu'il a désignée prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées (3), dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. La personne de confiance ne dispose pas d'un droit d'accès au dossier médical du patient.

Cette désignation est révisable et révocable à tout moment. La personne de confiance ne se confond pas nécessairement avec la «personne à prévenir» en cas d'aggravation de l'état de

santé (ou décès), sauf désignation d'une même personne par le patient.

2.3.5. Livret d'accueil (4)

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation un livret d'accueil des sites du CHAB 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 formulaire permettant au patient de consigner librement ses observations, critiques et suggestions et pouvant être déposé à sa sortie. Ce livret précise les modalités d'expression et de traitement des doléances. Ce livret d'accueil mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1111-6 du CSP
(2) Article L 1111-12 du CSP
(3) cf 3.1.5.1 du RI
(4) Articles L 1112-2 et R 1112-41 du CSP
(5) Article R 1112-84 du CSP (Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005) ; cf 1.4.3 du RI

2.3.6. Modes d'admission

2.3.6.1. Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation (1)

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.

2.3.6.2. Admission programmée

Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au patient, après avis du chef de service. Le patient est invité à se rendre au bureau des entrées du site où lui est remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces à présenter le jour de son admission.

2.3.6.3. Admission directe dans un service

Lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement du dossier administratif, non fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

2.3.6.4. Admission à la suite d'un transfert (2)

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

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement de son transfert, provisoire ou définitif, qui ne peut être effectué sans son consentement. L'admission dans ce nouvel établissement est décidée, sauf cas d'urgence, par son Directeur après entente entre les médecins concernés et au vu d'un certificat médical adéquat.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L1112-1 et R 1112-11 du CSP
(2) Article R 1112-14 du CSP

2.3.7. Hospitalisation sans consentement en psychiatrie (1)

En psychiatrie, il existe deux exceptions à la règle de l'hospitalisation libre :

- l'hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers
- l'hospitalisation sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat.

Ces hospitalisations sans consentement donnent lieu à une décision d'admission dans les conditions fixées par les textes en vigueur.

2.3.8. Structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet (2)

L'admission peut avoir lieu dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation à temps complet. Ces structures alternatives comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel (de jour ou de nuit), les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ainsi que les structures permettant l'hospitalisation à domicile. Elles ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Y sont dispensées les prestations qui ne peuvent être délivrées lors de consultations ou de visites médicales à domicile.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 3212-1 et suivants du CSP ; L 3213-1 et suivants du CSP
(2) Articles L 6121-2 et 6122.3 du CSP ; R 6121-2 et suivants du CSP ; D 6124-301 et suivants du CSP

2.4. ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS AU SEIN DE L'HOPITAL

2.4.1. Organisation de l'activité libérale

Les médecins hospitaliers exerçant à temps plein (mais également à 90% et 80%), qui en font la demande, peuvent être autorisés dans certaines limites et conditions à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale sous forme de consultations, de soins en hospitalisation ou d'actes médico-techniques. Cette activité s'effectue dans le cadre d'un contrat conclu entre le praticien et le CHAB, soumis à un réexamen périodique. La commission de l'activité libérale (2) est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des stipulations des contrats des médecins.

2.4.2. Exercice de l'activité libérale

La prise en charge médicale peut s'effectuer au titre de cette activité dans les services où elle s'exerce, sous réserve d'un choix exprès et spontané du patient et d'un accord du médecin concerné. (3)

Le patient doit recevoir préalablement toutes indications utiles sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment sur la tarification et les conditions de participation financière des organismes d'assurance maladie. Les jours, heures d'ouverture et le montant des honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques. Lorsque le patient opte pour cette prise en charge en hospitalisation, une demande d'admission à ce titre est signée, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant.

En principe, lorsqu'il a été pris initialement en charge dans le cadre de l'activité libérale, le patient ne peut être réadmis au cours du même séjour dans le secteur public ; il en va de même dans le sens inverse ; toutefois le Directeur peut autoriser un tel transfert à titre exceptionnel sur demande motivée du patient ou de ses ayants droit. (4)

Les tarifs des prestations non liées à l'activité libérale sont ceux du secteur public, mais le patient doit verser en sus des honoraires dont le montant est fixé par entente directe avec le médecin. Suivant son choix, le praticien perçoit ces honoraires directement ou bien par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Aucun lit, ni aucune installation médico-technique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale ; aucun acte médical concernant directement ou indirectement un prélèvement ou une greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli à ce titre.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 6154-1 et suivants du CSP ; R 6154-2 et suivants du CSP
(2) cf. 1.1.5 du RI
(3) Articles R 1112-21 et 22 du CSP
(4) Article R 1112-23 du CSP

2.5. ACCUEIL EN URGENCE

2.5.1. Organisation de la prise en charge en urgence (1)

Le Directeur prend toutes mesures, sans préjudice des dispositions relatives au transfert (2), pour que les soins urgents soient assurés au sein du site, sous la responsabilité directe d'un médecin.

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

Le médecin des Urgences détermine le service de spécialité le plus adapté pour prendre en charge la pathologie du patient et établit la prise en charge diagnostique et thérapeutique pour les premières 24 heures. En l'absence de lit dans le service de la spécialité correspondant à la pathologie du patient, l'hospitalisation du patient est temporairement assurée au sein des autres services relevant du même pôle, ou à défaut dans un autre service ne relevant pas du même pôle.

En semaine aux heures ouvrables, le médecin des Urgences contacte le chef de service ou son représentant de la spécialité concernée pour lui indiquer le patient à prendre en charge et le lieu de son hospitalisation. De nuit, le week-end et les jours fériés, le médecin de garde des Urgences contacte le senior de garde ou d'astreinte ou son représentant (interne) de la spécialité pour la prise en charge du patient. Pour les services sans garde ni astreinte, la continuité des soins est assurée comme pour les autres patients par les seniors de garde des Urgences qui prennent la responsabilité de l'hospitalisation dans ce service.

Le médecin des urgences qui oriente le patient doit tracer cette orientation dans le dossier du patient (nom du patient, nom du service « hébergeur », spécialité identifiée qui doit aussi être informée), compléter une fiche d'orientation pour le service d'accueil qui sera conservée dans le dossier patient, et établir la prescription des examens et des traitements pour le service d'accueil (fiche de prescription signée et datée).

Le patient est sous la responsabilité du chef de service d'hébergement et de son équipe paramédicale (les soins paramédicaux seront assurés avec le concours du service de la spécialité en cas de besoin). Le chef de service, ou son représentant, doit s'assurer de l'état du patient et du suivi des prescriptions. Il assure la coordination avec le responsable de la discipline dont relève la pathologie principale du patient qui s'engage à se rendre auprès du patient et apporter son expertise dans le suivi en cours d'hospitalisation, et à reprendre le patient dans son propre service dans les meilleurs délais.

En cas de sortie directe, les prescriptions seront assurées par le service d'accueil sous la conduite de l'équipe médicale de la discipline concernée.

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

Si l'admission est décidée et que le patient refuse de rester, il s'agit d'un refus de soins à constater suivant les modalités définies. (3)

2.5.2. Cas des patients amenés par la police ou gendarmerie en urgence

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

Texte(s) de Référence
(1) Articles R 1112-13 et 14 du CSP
(2) cf 2.3.6 du RI
(3) cf 3.2.2 du RI

2.5.3. Intervention des personnels à proximité immédiate du site hospitalier (1)

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

2.5.4. Plan d'accueil des patients ou blessés en urgence

Principes généraux du PLAN BLANC (2)

Sous la responsabilité du Directeur, le déclenchement d'un Plan Blanc est un acte réglementaire qui permet de rappeler ou de maintenir des personnels en dehors des horaires habituels de travail, de reporter des activités programmées, d'anticiper des sorties etc...

Plusieurs principes, déclinés dans le « Plan blanc du CHAB », sont alors mis en œuvre

- Modalités de déclenchement du Plan
- Mise en place d'une cellule de crise
- Organisation de la circulation dans et autour du CHAB
- Procédure de rappel des personnels
- Organisation de l'ensemble des services (de soins ou non)
- Accueil des familles, des autorités, des médias
- Interface avec le SAMU et les services de l'Etat

Les agents sont fortement encouragés à transmettre leur numéro de téléphone permettant ce rappel exceptionnel.

En outre, il assure la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles. Une Cellule d'urgence médico-psychologique, rattachée au SAMU qui déclenche son intervention, prend en charge les conséquences psychologiques des traumatismes liés aux sinistres impliquant de nombreuses victimes.

Texte(s) de Référence
(1) Circulaire n° 335 du 31/03/1988
(2) Articles L 3131-7 et suivants du CSP ; circulaire DHOS/HFD N°2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes ; circulaire 2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis

2.5.5. Information sur les patients hospitalisés en urgence (1)

Quel qu'ait été le mode d'arrivée du patient, les agents du service des urgences engagent immédiatement, sous la responsabilité du Directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles ou proches du patient, en tenant compte de sa liberté de demander le secret de l'hospitalisation (2).

En cas de transfert dans un autre établissement ou d'aggravation de l'état de santé du patient, comme en cas de décès (3), l'information des familles s'impose à tous les personnels.

Lorsque le patient a été amené par les autorités de police, celles-ci sont tenues informées de son admission, ainsi que la famille ou les proches, sauf avis contraire de ces autorités.

Les autorités sanitaires doivent être informées lorsqu'une personne alcoolique présumée dangereuse refuse son hospitalisation.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-15 du CSP
(2) cf. 2.3.3 du RI
(3) cf. 6.2.1 et 6.2.2 du RI

2.6. DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX PATIENTS MINEURS

2.6.1. Garde et protection des mineurs

Lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, l'hôpital se trouve investi du droit de garde de l'enfant incluant un devoir de surveillance adapté ; il lui incombe de prendre en charge l'ensemble des besoins de l'enfant et de provoquer les mesures appropriées qui s'imposeraient pour sa protection.

2.6.2. Consultations pour mineurs

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée, s'il est déjà suivi ou si le rendez-vous a été pris par ses parents ou par son tuteur.

2.6.3. Admission des patients mineurs (1)

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 service concernés. En dehors du cas d'urgence, l'admission ne peut être prononcée en principe sans l'autorisation des père et mère, 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 (2).
- lorsqu'une mineure adopte la même démarche dans le cadre d'une demande d'IVG (3).

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 ou du gardien. 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). (4)

Texte(s) de Référence
(1) Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 et circulaire n° 688 du 23 novembre 1998 (hospitalisation des enfants)
(2) Article L 1111-5 du CSP
(3) cf 2.7.3 du RI
(4) Article R 1112-34 du CSP

2.6.4. Mineurs reçus en urgence

En dehors des deux hypothèses évoquées dans la rubrique précédente, toutes mesures utiles sont prises par l'hôpital pour qu'un membre de la famille ou la personne exerçant l'autorité parentale soit informée dans les meilleurs délais de l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence. Sous réserve des dérogations précédemment mentionnées, si un patient d'un âge supérieur à 16 ans se présente en urgence dans un hôpital pédiatrique, les premiers soins lui sont donnés puis le patient est dirigé, s'il est transportable, vers un service d'adultes en mesure de le prendre en charge ; inversement, le mineur reçu en urgence dans un hôpital sans service pédiatrique reçoit les premiers soins nécessaires et est ensuite dirigé sur un hôpital ou service d'enfants s'il est transportable. Si l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence ne se révèle pas nécessaire et n'est donc pas prononcée, le départ du mineur s'effectue suivant les dispositions définies par le présent Règlement Intérieur(1).

2.6.5. Accompagnement des enfants en hospitalisation

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, l'Administration organise, avec les médecins chefs de service concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur séjour. Les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant peuvent demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres patients. Ils peuvent assister aux soins médicaux et infirmiers, si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution de ces soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents ont la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié ; à cet effet et lorsque son état le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.

Texte(s) de Référence
(1) cf 5.1.3 du RI et Charte européenne de l'enfant hospitalisé

2.7. DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX FEMMES ENCEINTES

2.7.1. Admission en maternité (1)

Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le Directeur ne peut refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement ;
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

En l'absence de lit disponible au sein du site, le Directeur organise cette admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier et pourvu des services médicalement adaptés au cas de l'intéressée.

2.7.2. Secret de la grossesse ou de la naissance - Accès aux origines personnelles

Si, pour ne pas dévoiler sa grossesse ou la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. L'Agence Régionale de Santé est informée (2). Toutefois, la femme concernée, informée de la possibilité de lever le secret à tout moment, est invitée à laisser - si elle l'accepte – dès la naissance ou plus tard, à tout moment, des renseignements d'ordre général ainsi que, sous pli fermé, son identité dans la perspective d'une communication ultérieure qui serait soumise à son consentement. Ces formalités sont accomplies par les services du Conseil Départemental avisés sous la responsabilité du Directeur ou, à défaut, par l'administration hospitalière elle-même (3).

Lorsque la demande d'anonymat émane d'une femme mineure, le Directeur, en liaison avec le service social, signale la situation au Parquet qui apprécie la nécessité ou non de saisir le juge des enfants en vue d'une mesure d'assistance éducative pouvant concerner la femme et/ou l'enfant.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-27 du CSP
(2) Article R 1112-28 du CSP
(3) Article L 222-6 du Code de l'Action sociale et des Familles

2.7.3. Admission des femmes pour une Interruption de Grossesse

Des interruptions volontaires de grossesse (IVG) (1) 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. Cette information doit aussi être donnée en cas de manque de place sur le site, en orientant sur les autres structures situées au sein du territoire en priorité. L'IVG est autorisée par la loi pour les femmes étrangères dans les mêmes conditions que pour les femmes de nationalité française, sans condition spécifique de durée et de régularité du séjour en France (2). Toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une IVG ou les actes ou soins préalables, de quelque manière que ce soit, se rend coupable d'un délit pénalement sanctionnable. Lorsque cette infraction est commise, le Directeur est tenu de porter plainte contre son ou ses auteurs pour délit d'entrave à l'interruption légale de grossesse. (3)

Une interruption de grossesse peut être pratiquée, à toute période, pour motif médical dans les conditions légales et réglementaires. (4)

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 2212-1 et suivants, L 2213-1 et 2, L 2223-2, R 2212-1 et suivants du CSP ; article L 132-1 du Code de la sécurité sociale ; Circulaire DGS/DHOS n° 2001/467 du 28/09/2001
(2) Circulaire DGS/DHOS n° 2001/467 du 28/09/2001 (paragraphe 1.1.5)
(3) Article L 2223-2 du CSP
(4) Article L 2213-1 et suivants ; R 2213 et suivants du CSP

2.8. DISPOSITIONS PARTICULIERES A D'AUTRES PATIENTS

Des informations sur les conditions administratives et financières d'admission à l'hôpital peuvent être demandées au bureau des entrées du site pour les patients suivants :

2.8.1. Patients étrangers (1)

Les étrangers sont admis dans l'Etablissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

Néanmoins, le CHAB peut demander une provision préalablement à l'admission d'un patient étranger non ressortissant de l'Union Européenne, en l'absence de prise en charge certaine de ses frais d'hospitalisation.

Les étrangers ressortissants d'un Etat membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

2.8.2. Militaires et victimes de guerre (2)

Les militaires, y compris les mineurs non émancipés, sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire.

A noter que l'admission de militaires en urgence dans un hôpital civil est signalée aux autorités militaires.

2.8.3. Patients gardés à vue et personnes détenues (3)

Les personnes détenues, patients ou blessées qui ne peuvent être transférées dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, si elles sont prévenues, qui ne peuvent être éloignées des juridictions devant lesquelles elles

ont à comparaître sont, sur autorisation du Ministre de la Justice et à la diligence du Préfet, admises soit dans le service spécialement aménagé dans l'établissement, soit dans une chambre ou un local où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres patients.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle et/ou préfectorale.

Les personnes détenues sont hospitalisées en régime commun. Cependant, sur décision expresse du Ministre de la Justice, prise en application de l'article D.382 du code de procédure pénale, elles peuvent être traitées, à leurs frais, en régime particulier, dans le cadre de l'activité libérale des praticiens, si la surveillance prévue à l'article ci-dessus ne gêne pas les autres patients.

Si une personne détenue se livre à une grève de la faim prolongée, il peut être procédé à son alimentation, mais seulement sur décision et sous surveillance médicale et lorsque ses jours sont en danger.

Les agents de l'Administration Pénitentiaire et les forces de police sont invités à respecter le repos des patients et à veiller à exercer leur mission avec discrétion et tact, en tenant compte notamment du travail des personnels hospitaliers.

L'Administration Pénitentiaire doit être avisée de toute nouvelle affectation des personnes détenues hospitalisées, qu'il s'agisse d'une mutation au sein du CHAB, ou d'une évacuation sur un autre établissement.

Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D.280 du code de procédure pénale.

Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police.

2.8.4. Toxicomanes (cure de désintoxication) (4)

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans l'établissement afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L 3413 - 1 à L 3413 - 3 du Code de la Santé Publique.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 6112-2 ; article R 6145-4 du CSP
(2) Articles L 6145-13 ; R 1112-29 du CSP ; article L 115 du Code des pensions militaires
(3) Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 ; Articles R 6112-15, R 1112-30 et 31 ; Articles D 365 et D 391 et suivants du Code de Procédure Pénale ; cf. 4.1.10
(4) Articles L 3411-1, L 3412-1 et suivants ; L 3413-1 et suivants ; L 3423-1 ; R 1112-38 et 39 du CSP

3. INFORMATION ET SOINS

3.1. INFORMATION DES PATIENTS

3.1.1. Droit à l'information

Le patient est associé au choix thérapeutique le concernant. A 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 (1) en fonction de son état présent et de ses antécédents.

Le patient 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 (2).

Par ailleurs toute personne dispose d'un droit d'accès aux informations formalisées la concernant qui sont détenues par l'hôpital à l'exclusion des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique. Ces informations figurent dans le dossier médical constitué pour le patient hospitalisé (3) et conservé conformément à la réglementation applicable aux archives hospitalières. Dans tous les cas, l'hôpital est tenu d'assurer la garde et la confidentialité des informations et dossiers conservés conformément notamment aux dispositions sur les traitements informatiques et aux obligations de secret et de discréetion sur le plan professionnel (4). Les médecins conseil du service du contrôle médical de la Sécurité Sociale, les médecins experts de la Haute Autorité de Santé et les médecins Inspecteurs Généraux des Affaires Sociales, les Médecins Inspecteurs de Santé Publique ont accès à ces informations, dans le respect du secret médical, seulement si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions (5).

En dehors des informations de nature médicale, les personnes hospitalisées (ou consultantes) doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins (6).

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 (7).

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 1111-2 et 4 du CSP
(2) Article L 1142-4 du CSP
(3) Articles L 1111- 7 ; R 1112-2 du CSP
(4) cf 3.1.5, 8.1.2 et 8.1.3 du RI ; Article L 1110-4 du CSP
(5) Articles L1112-1 alinéa 6 et L1414-4 du CSP ; L315-1 du CSS
(6) Article R 1112-42 du CSP
(7) Article L 1111-3 du CSP

3.1.2. Modalités d'exercice du droit à l'information

3.1.2.1. Entretien individuel

L'information sur l'état de santé du patient doit lui être délivrée au cours d'un entretien individuel par le médecin concerné dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles. Un nouvel entretien doit être organisé, éventuellement après la sortie du patient, lorsque des risques jusqu'alors inconnus sont identifiés postérieurement aux actes réalisés (1). Le patient peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix (2). En cas de risque pour la santé publique ou la santé d'une personne, et s'il apparaît que cette information n'a pas été réalisée, les pouvoirs publics peuvent mettre en demeure l'hôpital de la réaliser (3).

3.1.2.2. 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, et en obtenir communication dans les conditions fixées réglementairement (4). Un délai de réflexion de 48 h étant laissé au patient, il doit accéder aux informations au plus tard dans les 8 jours suivant la réception de sa demande (délai porté à deux mois à compter de leur constitution pour les informations médicales de plus de cinq ans). L'identité du demandeur doit être contrôlée. La consultation peut s'effectuer sur place gratuitement. Le médecin concerné peut recommander la présence d'une tierce personne, mais le patient peut refuser cet accompagnement. En cas de demande de remise ou d'envoi de copies, les frais à la charge du demandeur correspondent au coût de reproduction, et d'expédition. En cas de refus de communication ou d'absence de réponse, le demandeur peut saisir la personne référente désignée au sein de l'établissement ou la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (C.A.D.A.). 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.

3.1.2.3. Clichés d'imagerie médicale

Ces clichés font partie réglementairement des éléments constitutifs du dossier médical (5). Dans le respect des dispositions précédentes il est délivré au patient qui en fait la demande, des reproductions des clichés figurant dans son dossier médical. En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis en communication au médecin traitant, sur demande adressée directement par celui-ci à son confrère hospitalier. Les clichés d'imagerie médicale effectués en consultation externe sont remis au patient ou bien au médecin traitant lorsque le patient le demande.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 1111-2 et 4 du CSP
(2) cf. 2.3.4 du RI
(3) Article L 1413-13 du CSP
(4) Article L 1111-7 du CSP; Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003
(5) Article R 1112-2 du CSP

3.1.3. Relations avec les proches et ayants droit.

Dans chaque service les médecins reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des patients et de leurs familles (1). Avec l'accord du patient 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 (2) et le Code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, toujours sauf opposition de la part du patient. Si le patient, majeur, a désigné une « personne de confiance » (3) et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, cette personne peut en recevoir communication. Sur demande écrite, les ayants droit d'un patient décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant son décès (4). Les ayants droit ou le représentant légal s'il s'agit d'un mineur 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 ou en est estimée victime. Si la victime est un majeur protégé la personne chargée de la mesure de protection doit également être informée. (5).

3.1.4. Relations avec les médecins traitants

L'hôpital est tenu d'informer par lettre le médecin traitant de l'admission du patient ainsi que du service où a lieu cette admission. Il l'invite simultanément à prendre contact avec ce service, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à manifester par écrit le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier (6).

A la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné. Dans ce cas, les informations sont transmises par voie postale et dans un délai maximum de 8 jours suivant la sortie du patient. Des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier du patient.

Le médecin traitant peut - après accord du chef de service concerné, du médecin pratiquant l'acte et du patient ou de ses représentants légaux - assister aux actes médicaux à caractère invasif que le patient subit éventuellement au cours de son hospitalisation.

Texte(s) de Référence
(1) Articles R 1112-44 du CSP
(2) Article L 1110-4 du CSP
(3) Articles L 1111- 6 du CSP ; cf 2.3.4 du RI
(4) Article L 1110-4 du CSP ; Décret n°2003-462 du 21 mai 2003
(5) Article L 1142-4 du CSP
(6) Article R 1112-6 du CSP

3.1.5. Dispositions spécifiques aux patients en fin de vie (1)

3.1.5.1. Directives anticipées (2)

Pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, toute personne majeure peut rédiger des « directives anticipées ». Ces directives anticipées informent sur les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux ; elles sont révisables et révocables à tout moment. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non-conformes à la situation médicale.

3.1.5.2. Soulagement de la douleur en fin de vie (3)

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un patient en fin de vie qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie, il doit en informer le patient, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches. Le patient n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments de son état de santé et en conséquence d'un pronostic le concernant (4).

Texte(s) de Référence
(1) cf. renvoi 2 du 2.3.4 du RI
(2) Article L 1111-11du CSP - Loi n° 2016-87 du 2 février 2016
(3) Article L 1110-5 (Loi précitée) du CSP
(4) cf. 3.1.1 du RI

3.1.6. Traitements informatiques des données

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de l'admission et du séjour du patient font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers. L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Il 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. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles. Les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (1) ont pour but de veiller au respect de ces principes ; elles prévoient un droit d'accès et de rectification par le patient, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique.

Seuls les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge directe du patient sont autorisés à consulter ou à accéder aux données de santé de ce patient. Toute consultation ou utilisation de données non justifiées par la prise en charge du patient est formellement prohibée et sanctionnable.

Il est également interdit de consulter son propre dossier.

La Commission Nationale Informatique et Libertés est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au

sein de l'hôpital et gérant des données nominatives doit être déclaré à cette Commission nationale avant d'être mis en exploitation. Pour tout renseignement à ce sujet, les patients peuvent s'adresser à la Direction.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée (notamment par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004) , en particulier dans ses articles 39, 40, et 43 ; articles L 1110-4 et 1111-8

3.2. CONSENTEMENT AUX SOINS

Toute personne prend, avec le professionnel de santé concerné et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé (1).

3.2.1. Accord sur les soins (1)

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient qui peut le retirer à tout moment. Il en va ainsi même pour le dépistage des maladies contagieuses (2). 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, 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. En cas d'urgence mettant en jeu la vie du patient et en cas d'impossibilité de recueillir son consentement éclairé ou de consulter l'un des proches précité, 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 informé les accompagnants et l'un des proches du patient (3).

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1111-4 du CSP
(2) Circulaires DGS/PGE n°395 du 26/07/1985, n° 684 du 28/10/1987, n° 22 du 06/05/1995
(3) Charte de la personne hospitalisée

3.2.2. Refus des soins

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. (1)

3.2.2.1. Cas général (1)

Lorsqu'un patient n'accepte pas les soins proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée, peut-être prononcée par le Directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient si possible. La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le patient 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) (2).

Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un

autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant des soins palliatifs.

Le refus d'hospitalisation correspond à un refus de soins, avec application de la même démarche (3).

Le refus d'hospitalisation en psychiatrie peut justifier une démarche d'hospitalisation sans consentement. (4)

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

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1111-4 du CSP
(2) Article R 1112-43 du CSP
(3) Article R 1112-16 du CSP
(4) Article L 3211-1 et suivants du CSP

3.2.2.2. Dispositions spécifiques aux patients en fin de vie (1)

S'agissant d'un patient en fin de vie, lorsqu'il est conscient et décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin est tenu de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix ; la décision du patient est inscrite dans son dossier médical. (2)

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches (2) (3).

Texte(s) de Référence
(1) cf renvoi 2 du 2.3.4 du RI
(2) Article L 1111-4 du CSP
(3) Article L 1111-12

3.3. DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX PATIENTS MINEURS

Les dispositions suivantes complètent pour les mineurs les dispositions générales qui ont été précédemment décrites.

3.3.1. Informations concernant les mineurs

Ce sont le ou les titulaires de l'autorité parentale qui doivent recevoir l'information sur l'état de santé du mineur. Le mineur a également le droit d'être informé lui-même d'une façon adaptée à son degré de maturité (1). Toutefois une personne mineure hospitalisée à sa demande en s'opposant expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale (2) est la seule à pouvoir bénéficier du droit à l'information ; le médecin doit s'efforcer d'obtenir son accord pour l'information de ses parents ou de son tuteur, mais le mineur peut maintenir son opposition (3). Les autres dispositions relatives au droit à l'information et à ses modalités d'exercice (4) s'appliquent au mineur sous les réserves suivantes :

- L'intéressé manifestant expressément l'opposition ci-dessus évoquée doit se faire accompagner lors des entretiens et dans ses démarches par une personne majeure de son choix (3).
- Si le mineur accepte l'accès aux éléments du dossier médical par une personne titulaire de l'autorité parentale, il peut exiger qu'elle s'effectue par l'intermédiaire d'un médecin (5).
-

Le médecin ne peut tenir compte de « directives anticipées » qui auraient été rédigées par une personne mineure. (6)

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1111-2 du CSP
(2) cf 2.6.3 du RI
(3) Article L 1111-5 ; R 1111-6 du CSP; cf 2.7.3 (IVG) du RI
(4) cf 3.1 et 3.2 du RI
(5) Article L 1111-7 ; R 1111-6 du CSP
(6) Article L 1111-11 du CSP

3.3.2. Consentement aux soins pour les mineurs

L'acceptation ou le refus des soins doit émaner de la personne ayant reçu l'information sur l'état de santé. En principe l'acceptation ou le refus des soins doivent donc être exprimées par les titulaires de l'autorité parentale. Aussi, lors de l'admission, s'il apparaît que l'autorisation écrite d'anesthésier, d'opérer et de pratiquer un acte invasif ne pourrait pas être obtenue à bref délai de ses père -mère ou représentant légal pour cause d'éloignement ou pour tout autre motif, ceux-ci sont sollicités pour signer par avance cette autorisation. Cette autorisation leur est demandée par contre seulement lorsqu'elle devient nécessaire s'ils sont en mesure de la donner à bref délai. En cas de refus de signer cette autorisation ou si elle ne peut être recueillie, il ne peut être procédé à aucun acte invasif sauf urgence médicale constatée ou risque de conséquences graves pour la santé du mineur, justifiant la délivrance des soins indispensables par le médecin (1).

Mais le consentement du mineur doit être toujours systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (1). Il s'agit du seul consentement nécessaire lorsque la personne mineure bénéficie à titre personnel d'un régime de couverture maladie incluant la couverture maladie universelle (2).

Le mineur peut par ailleurs s'opposer expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale ; lorsque le médecin ou la sage-femme ne parvient pas à obtenir son accord pour cette consultation, il peut alors se dispenser de rechercher le consentement des parents ou du représentant légal pour la mise en œuvre des actions médicales qui s'imposent pour sauvegarder la santé de l'intéressé, sous réserve de l'accompagnement du mineur par une personne majeure de son choix (2). En cas de refus de soins du mineur accompagné de cette personne et lorsque le pronostic vital est en jeu, le médecin prend en conscience les décisions nécessaires et s'il y a lieu accomplit l'acte indispensable à la survie du mineur et proportionné à son état.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, et de la couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1111-4 du CSP
(2) Article L 1111-5 du CSP

3.4. DISPOSITIONS APPLICABLES AUX MAJEURS SOUS TUTELLE (1)

En principe, les dispositions générales et les dispositions spécifiques aux patients en fin de vie et aux mineurs, qui ont été précédemment décrites, s'appliquent aux majeurs sous tutelle, le tuteur se substituant aux titulaires de l'autorité parentale. Les seules dispositions qui ne sont pas adaptées à la situation de ces patients concernent :

- Le droit d'opposition à l'information et à la consultation de la personne se substituant à la famille : le tuteur doit être toujours informé et consulté.
- Le caractère exclusif du droit d'accès direct au dossier médical concernant le majeur sous tutelle : le tuteur peut lui-même accéder aux informations médicales concernant le majeur sous tutelle.

- En principe, comme pour les mineurs et sauf désignation antérieure d'une « personne de confiance » confirmée par le juge des tutelles (2), le majeur sous tutelle ne peut substituer un tiers à son tuteur.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1111-2 du CSP
(2) Article L 1111-6 du CSP

3.5. DON ET UTILISATION DU SANG (1)

3.5.1. Don du sang

A l'occasion de leur passage ou séjour au sein des sites du CHAB, les personnes peuvent se proposer pour donner leur sang afin de contribuer à faire face aux besoins transfusionnels, dans le cadre d'une collecte de sang, organisée par l'Etablissement Français du Sang, en cours sur l'établissement.

Le don du sang ou de composants du sang doit être volontaire, bénévole, anonyme et être pratiqué sous la direction et la responsabilité d'un médecin de l'Etablissement Français du Sang. Il ne peut donner lieu à aucune rémunération, directe ou indirecte.

Le prélèvement est réalisé par l'Etablissement Français du Sang sous sa responsabilité.

3.5.2. Transfusions sanguines

L'administration de produits sanguins est réalisée avec des produits validés fournis par l'établissement de transfusion sanguine.

Pour certaines interventions chirurgicales programmées, les patients peuvent éventuellement se faire prélever leur propre sang en vue d'une autotransfusion.

Au cours de son séjour hospitalier, avant administration d'un produit sanguin labile, chaque fois que cela est possible, le patient ou son représentant légal en est informé par écrit. Un suivi transfusionnel est préconisé pour tout patient transfusé.

3.5.3. Sécurité transfusionnelle

Les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires sont accomplies préalablement à toute administration de produit sanguin. L'hôpital établit un dossier transfusionnel, classé dans le dossier médical de l'intéressé, pour chaque patient bénéficiant d'une transfusion. Si une pathologie susceptible d'être corrélée à une transfusion apparaît, le correspondant d'hémovigilance du CHAB informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'établissement de transfusion fournisseur. Le patient est tenu informé de la situation.

Texte(s) de Référence

(1) Articles L 1211-1 et suivants du CSP ; L 1221-1 et suivants du CSP (Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique) ; R 1211-1 et suivants, D 1221-1 et suivants du CSP

3.6. DONS ET PRELEVEMENTS D'AUTRES ELEMENTS ET PRODUITS DU CORPS

3.6.1. Principes généraux (1)

- a - Consentement** : le **consentement** du donneur vivant est obligatoire, l'absence d'opposition du donneur potentiel décédé doit être recherchée.
- b - Gratuité** : aucun paiement ne peut être alloué ; les frais inhérents à un prélèvement sont pris en charge, conformément à la réglementation.
- c - Anonymat** : sauf en cas de nécessité thérapeutique, l'identité du donneur et celle du receveur ne doivent pas être communiquées.
- d - Sécurité sanitaire** : une sélection clinique et des tests de dépistage des maladies transmissibles sont assurés.

3.6.2. Prélèvements sur une personne vivante (2)

a - don d'organes

Pour les personnes majeures et capables, les prélèvements peuvent intervenir sous réserve de présenter un intérêt thérapeutique direct pour le receveur, et après recueil du consentement libre et éclairé du donneur. Ce consentement doit être exprimé devant le Tribunal de Grande Instance ou le magistrat désigné par lui ; ce consentement est révocable sans forme à tout moment. Le donneur doit avoir la qualité de père ou mère du receveur ou par dérogation et sur autorisation d'un comité d'experts, de personne ayant avec le receveur l'un des liens de parenté précisés légalement ou apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans, ainsi que toute personne pouvant apporter la preuve d'un lien affectif, étroit et stable, depuis au moins 2 ans, avec le receveur. Le prélèvement est interdit sur un mineur ou un majeur sous tutelle, sauf en ce qui concerne la moelle au bénéfice du frère ou de la sœur ou – à défaut et à titre exceptionnel – des autres personnes ayant l'un des liens de parenté précisés légalement, et sous réserve du consentement de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal ; ce consentement est exprimé devant le Président du T.G.I. ou le magistrat désigné par lui, avec constat de l'absence de refus du mineur.

b - prélèvement de tissus et cellules lors d'opérations (résidus opératoires)

Ces prélèvements peuvent être réalisés dans un but thérapeutique ou scientifique, et sur un majeur capable uniquement. Lorsqu'un résidu opératoire est conservé à des fins thérapeutiques, il est nécessaire d'informer le donneur sur les contraintes relatives aux contrôles sérologiques imposés par l'utilisation de ces éléments.

3.6.3. Prélèvements sur une personne décédée (3)

Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité.

Ce prélèvement peut être pratiqué sur une personne majeure dès lorsqu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur le Registre National des Refus. Ce refus est révocable à tout moment.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 1211-1 et suivants (Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique), R 1211-1 et suivants du CSP
(2) Articles L 1231-1 et suivants, L 1241 et suivants (Loi du 07 juillet 2011), R 1231-1 et suivants du CSP
(3) Articles L 1232-1 et suivants, R1232-1 et suivants du CSP

3.7. PARTICIPATION AUX RECHERCHES BIOMÉDICALES (1)

Les médecins peuvent proposer aux patients hospitalisés, aux consultants ainsi qu'à d'autres personnes volontaires de participer à une recherche biomédicale dans les limites et sous les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires qui visent à protéger les personnes.

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

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucun essai ou expérimentation ne peut être mené sans le recueil préalable du consentement libre, éclairé et exprès de la personne concernée. Cet accord est consigné par écrit, après que le médecin investigator a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Toute personne (ou un représentant légal) est toujours libre de mettre fin, à tout moment, à sa participation à des recherches biomédicales (1).

Des dispositions spécifiques s'appliquent au recueil du consentement pour les mineurs, pour les majeurs protégés légalement ou hors d'état d'exprimer leur consentement et pour les femmes enceintes, parturientes ou mères qui allaitent. (2).

Les patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie ne peuvent être sollicités que pour des recherches présentant un intérêt direct et majeur pour leur santé (3)

Avant le début d'une recherche, la Direction Générale du CHAB doit toujours être informée de la nature et des modalités de cette recherche et avoir donné son accord. Une procédure particulière s'applique lorsque le CHAB est sollicité pour être promoteur du projet.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 1121-1 et suivants jusqu'à L 1126-1 et suivants du CSP ; L 1142-3 du CSP ; R 1121-2 et suivants jusqu'à R 1125-1 et suivants du CSP
(2) Article L 1122-2 du CSP
(3) Article L 1121-6 du CSP

4. SEJOUR DES PATIENTS

4.1. PRINCIPES REGISSANT LE SEJOUR

4.1.1. Règles générales

La vie hospitalière requiert du patient le respect d'une certaine discipline dans l'intérêt général sur divers plans :

- comportement et propos n'apportant aucune gêne aux autres patients ou personnels ou au fonctionnement du service ;
- respect d'une stricte hygiène corporelle (1) et des recommandations reçues dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales (c'est-à-dire pouvant être acquises au sein du site) ;
- tenue vestimentaire décente au cours des déplacements dans l'enceinte hospitalière ;
- 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 patient dûment averti pour motif disciplinaire) (2) ;
- interdiction de réaliser des clichés photographiques, portant atteinte au respect de la vie privée.

Les patients peuvent se déplacer librement au sein du site dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entrent pas le bon fonctionnement du service hospitalier.

Les hospitalisés sont priés d'apporter à l'hôpital :

- leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc...) ;
- le linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc...).

Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, l'hospitalisé pourra, s'il le souhaite, conserver ses vêtements et son linge personnel, à charge pour lui d'en assurer l'entretien.

4.1.2. Dépôts des objets appartenant au patient -Responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet appartenant au patient (3)

Lors de son admission, le patient est informé, oralement et par une note écrite, du régime de responsabilité du CHAB en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément à la réglementation. Il est informé qu'il peut déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur du site et qu'il ne doit conserver auprès de lui que des objets de faible valeur. Lors du dépôt, il lui est remis un reçu portant inventaire. Le CHAB devient responsable de plein droit s'il y a vol, perte ou détérioration des objets inventoriés, ceci dans la limite d'un plafond fixé par référence au plafond de la Sécurité Sociale, qui n'est plus applicable en cas de preuve d'une faute de l'établissement ou de ses personnels. De même, dans ce cas et seulement dans ce cas de faute, l'hôpital est responsable des vols, perte ou détérioration des objets de faible valeur conservés par le patient. A noter que la responsabilité du CHAB n'est pas engagée lorsqu'une perte ou détérioration résulte de la nature ou d'un vice du bien, ou lorsque le dommage s'est avéré inévitable pour la réalisation d'un acte médical ou de soins.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-52 du CSP
(2) Article R 1112-50 du CSP
(3) Article L 1113-1 et suivants du CSP ; R 1113-1 et suivants du CSP

4.1.3. Gestion des biens (1) et protection des majeurs sous tutelle

Les biens des incapables majeurs hospitalisés au sein de l'établissement ou sortis de l'établissement peuvent, sur décision de justice, être administrés, en considération des intérêts du patient, par un gérant de tutelle qui exerce ces fonctions sous le contrôle du Juge des tutelles. Ce gérant de tutelle peut être un agent de l'hôpital choisi par le Directeur parmi les personnels administratifs. La tutelle en gérance recouvre la gestion des biens et la protection de la personne. La plupart des actes que le gérant de tutelle peut accomplir nécessitent une autorisation du Juge, en dehors des actes de gestion courante du patrimoine.

4.1.4. Horaires quotidiens du séjour hospitalier

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

- restauration
 - petit déjeuner : de 7 H à 8 H
 - déjeuner : de 12 H à 13 H
 - dîner : de 18 H 30 à 19 H 30
- visites :
 - de 13 H à 20 H, site de Bayeux
 - 14 H à 17 H site d'Aunay

sauf dispositions particulières (2).

4.1.5. Service des repas

Les repas sont servis individuellement, au lit du patient ou dans des locaux de séjour, en fonction des possibilités ou des pratiques internes au service.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux patients hospitalisés lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leurs repas à l'extérieur, et sous réserve 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 commission des menus (comprenant, entre autres, une diététicienne) et sont communiqués à chaque service, en liaison avec le Comité Alimentation Nutrition. L'hospitalisé, dont le régime alimentaire est le régime normal, a la possibilité de

choisir entre plusieurs mets, dans le respect des croyances. Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

4.1.6. Poursuite de la scolarité

Les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein de l'hôpital lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent (3) ; la scolarité est organisée en tenant compte des contraintes d'ordre médical.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-37 du CSP
(2) cf 4.2.1 du RI
(3) Article L 1110-6 du CSP

4.1.7. Autorisations de sortie en cours d'hospitalisation (1)

Par décision du Directeur sur avis favorable du médecin chef de service, les patients peuvent- en fonction de leur état de santé et de la longueur de leur séjour - bénéficier de permissions de sortie d'une durée limitée (48 h au plus). Lorsqu'un patient ne rentre pas dans les délais impartis, l'administration le porte sortant, sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la mesure où une place est disponible. Lorsqu'un patient relève d'une hospitalisation en psychiatrie sans consentement, les autorisations de sorties sont régies par des textes spécifiques (2)

4.1.8. Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation (3)

Des permissions de sortie peuvent être accordées au bénéfice des mineurs en cours d'hospitalisation, dans les mêmes conditions. Les mineurs sont confiés à leur père, mère, ou autre personne disposant de l'autorité parentale. Cette personne doit préciser à la Direction de l'hôpital si le mineur doit être confié à une tierce personne expressément autorisée par elle. La personne se présentant pour emmener l'enfant doit présenter les justificatifs nécessaires (pièce d'identité, éventuel extrait de jugement). Toutefois le mineur voulant garder le secret sur son hospitalisation et maintenant son refus sur l'information de ses parents ou de son tuteur peut se faire accompagner par la personne majeure de son choix pour ces sorties. (4).

4.1.9. Exercice des cultes (5)

Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée au cadre de santé de l'unité de soins, la visite du ministre du culte de leur choix.

Des ministres des différents cultes, agréés par le CHAB, sont à la disposition des patients, sur demande de leur part.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-56 du CSP
(2) Article L 3211-11 du CSP
(3) Article R 1112-57 du CSP
(4) Article R 1112-57 du CSP ; cf 3.3.1 du RI
(5) Article R 1112-46 du CSP; circulaire DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité

4.1.10. Surveillance et garde des personnes détenues à l'hôpital (1)

Les mesures de surveillance et de garde des personnes détenues incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, des forces armées ou de l'administration pénitentiaire et s'exercent sous leur responsabilité. En aucun cas le service de sécurité du site n'est habilité à y participer.

4.1.11. Interventions du Service Social (3)

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

Texte(s) de Référence
(1) Articles R 1112-32 et 33 du CSP ; Article D 394 du Code de Procédure Pénale
(2) Article D 398 du Code de Procédure Pénale
(3) Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 ; Circulaire DH/AF/DGS/SP2/DAS/RV3 n°736 du 17 décembre 1998

4.2. ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L'HOPITAL

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite. Le Directeur Général ou son représentant doit donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou proches des patients ou des personnels.

4.2.1. Visites

Les visites aux hospitalisés ont lieu, en règle générale, entre 13 h et 20 h, tous les jours (1). Cependant, les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service. Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troubent pas le fonctionnement du service. Lorsque l'état du patient le justifie, la présence d'un ou plusieurs proches peut être autorisée hors des heures de visite. Les proches d'un patient dont l'état est jugé critique, peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement.

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

4.2.2. Recommandations aux visiteurs (2)

Les visiteurs doivent respecter le repos des patients, éviter de gêner le fonctionnement du service, accepter sur demande du personnel de se retirer des chambres des patients ou d'autres locaux pendant l'exécution des soins et examens, s'abstenir d'imposer leur présence aux patients contre leur gré, garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, et respecter strictement l'interdiction de fumer. Il est interdit aux visiteurs d'introduire 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 patients des denrées ou boissons, même non alcoolisées qui pourraient être incompatibles avec leur régime alimentaire. Les produits apportés à l'hôpital peuvent être détruits à la vue du patient ou de sa famille. La responsabilité de l'Administration ne peut être engagée à l'occasion de tels faits. Le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et saisir la Direction pour décider l'expulsion du visiteur, avec éventuellement une interdiction de visite ultérieure.

Texte(s) de Référence
(1) cf. 4.1.4 du RI
(2) Articles R 1112-47 et 48 du CSP

4.2.3. Stagiaires extérieurs

Les stages d'étudiants et professionnels au sein du site hospitalier doivent faire l'objet d'une convention entre le CHAB et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire. Dans le cas d'une demande de stage émanant d'une personne ne relevant d'aucun établissement ou organisme ou à défaut d'une convention générale régissant la situation, une autorisation peut être accordée à titre exceptionnel, mais cette autorisation de stage et les conditions de son déroulement doivent faire l'objet d'un document écrit, valant accord de la Direction concernée. Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

4.2.4. Associations (1)

L'administration hospitalière 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 patients, à leur demande ou avec leur accord, au sein du site hospitalier.

Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du Directeur et conclure avec le CHAB une convention définissant les droits et obligations réciproques. Cette convention est élaborée suivant une convention-type.

L'accès auprès des patients est subordonné à cette procédure ; le Chef de service peut s'opposer toutefois à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service. En tout état de cause, les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin.

Une convention régit les relations entre le CHAB et toute Association liée à l'hôpital, que ses membres interviennent dans un, plusieurs ou l'ensemble de ses services, avec un siège social situé à l'extérieur du domaine public hospitalier ou domicilié en son sein.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1110-11 et 1112-5, R 1110-4 du CSP ; Circulaire DHOS/SDE/E1 n° 2004-471 du 04/10/2004 (convention-type)

4.2.5. Accès des professionnels de la presse (1)

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein d'un site hospitalier doivent préalablement faire l'objet d'une demande exprimée auprès de la Direction Générale. Si cette demande est acceptée, elle fait l'objet d'une autorisation écrite transmise au demandeur, ou bien d'un accord oral, après information au Délégué à la Communication. Les jours fériés et week-ends, ces professionnels doivent formuler leur demande auprès du Directeur de garde. 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. Les images des patients sont réalisées sous l'entièvre responsabilité des professionnels ; le CHAB ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

4.2.6. Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs (1)

L'accès au sein d'un site hospitalier de démarcheurs, représentants et enquêteurs est interdit, sauf accord du patient et autorisation spécifique de l'administration. 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 peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

4.2.7. Intervention des notaires

Lorsqu'un patient hospitalisé sollicite son intervention, un notaire (dont la fonction lui confère la qualité d'officier public) peut se rendre auprès de celui-ci, quel que soit son état de santé, sans avoir à demander l'autorisation de l'administration hospitalière ; il lui appartient d'apprécier sous sa responsabilité la capacité de son client à accomplir des actes juridiques, et tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-47 du CSP

4.3. REGLES DIVERSES

4.3.1. Respect de la dignité et de l'intimité (1)

Le respect de la dignité et de l'intimité du patient doit être préservé par tous d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

Les personnes hospitalisées ne peuvent être amenées à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires, ou à recevoir des soins en présence d'un proche, sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus. (2)

Les personnels et les visiteurs extérieurs frappent avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénètrent, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas de volonté expresse de ces derniers à ce sujet.

Des mesures sont prises pour assurer la tranquillité des patients et réduire au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

4.3.2. Droits civiques

Les patients hospitalisés qui, en raison de leur état de santé, ne peuvent se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer leur droit de vote sur place, par procuration. (3) Le Cadre de santé du service peut renseigner sur les formalités à accomplir. Par ailleurs, un patient peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte hospitalière, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République. (4)

4.3.3. Neutralité du Service Public

Au sein de l'institution hospitalière, toute personne est tenue au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. Conformément à ce principe :

- Les visites d'élus dans l'enceinte d'un site hospitalier ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- Les membres du Conseil de surveillance du CHAB ne peuvent effectuer dès qualité des visites au sein d'un site que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de surveillance ;
- Les signes d'appartenance religieuse - quelle qu'en soit la nature - ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés - individuellement ou collectivement - par les patients, leurs familles, les visiteurs ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public (5). Il en est de même lorsqu'ils dissimulent le visage et rendent impossible l'identification de la personne (6).
- Les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein du site, sauf autorisation expresse du Directeur.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1110-2 et 4 du CSP
(2) Article L 1111-4 du CSP
(3) Article L 71 du Code électoral
(4) Article 75 du Code civil
(5) Circulaire DHOS/G/2005/57 du 02/02/2005 relative à la laïcité
(6) Loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010

4.3.4. Prestataires de service au sein de l'hôpital

Des prestations de service assurées par des entreprises conventionnées avec le CHAB sont proposées aux patients dans les conditions fixées par la Direction Générale.

4.3.5. Interdiction des pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leur famille, à titre de gratification ou à titre de dépôt (1). Le dépôt de sommes d'argent auprès du régisseur du site ne peut s'effectuer par l'intermédiaire du personnel, sauf cas des admissions en urgence dans le cadre de l'inventaire des biens (2).

4.3.6. Effets personnels

Les patients doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles générales de la responsabilité hospitalière (3). En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à la disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation.

4.3.7. Jouets

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

4.3.8. Animaux domestiques (4)

Les dispositions interdisant l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte hospitalière ne font pas obstacle à ce que des chiens-guides d'aveugles ou malvoyants soient autorisés à pénétrer au sein de l'hôpital, dans les limites fixées par la réglementation et dans les conditions définies avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-51 du CSP
(2) cf. 2.3.2.2 du RI
(3) cf. 4.1.2 du RI
(4) Article R 1112-48 du CSP; loi 87-588 du 30/07/1987 (article 88)

4.3.9. Courier

Le vauquemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes leurs opérations postales. (1) La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement aux intéressés conscients par le vauquemestre ; ils sont remis en dépôt à la Direction ou au gérant de tutelle, si le patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Le courrier destiné aux mineurs non émancipés leur est distribué, sauf opposition des parents.

4.3.10. Téléphone (2)

Les hospitalisés ont la possibilité, sur leur demande, de disposer d'un téléphone dans leur chambre ; ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes. Ils peuvent recevoir des communications téléphoniques aux horaires autorisés dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services. Par mesure de sécurité les téléphones portables doivent être utilisés à distance des appareils biomédicaux pour éviter toute interférence (3).

4.3.11. Télévision

Des téléviseurs peuvent être mis à disposition par une société prestataire ; les frais de location sont facturés par cette dernière sauf pour les unités d'hébergement, notamment les EHPAD et l'USLD. Les téléviseurs personnels sont interdits dans les chambres afin d'éviter les accidents dont le patient devrait porter la responsabilité. En aucun cas, les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du patient ou de ses voisins (4).

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-53 du CSP
(2) Article R 1112-54 du CSP
(3) Circulaire DH/EMI n° 40 du 09/10/1995 (matériovigilance – téléphone mobiles cellulaires)
(4) Article R 1112-55 du CSP

5. SORTIE DES PATIENTS

5.1. SORTIE DES PATIENTS EN FIN DE SEJOUR

5.1.1. Décision de sortie (1)

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

La sortie d'un militaire est signalée à sa hiérarchie ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, les dispositions sont prises pour un transfert immédiat du patient dans un autre établissement adapté à son cas.

5.1.2. Organisation de la sortie des patients adultes (2)

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour (au patient lui-même ou envoyé à son domicile s'il ne peut venir le chercher) 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 praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, y compris lorsque le patient est pris en charge en l'absence de la lettre de liaison.

La lettre de liaison est également remise au moment de sa sortie, au patient ou avec son accord à la personne de confiance (3).

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire peut être établie par un médecin hospitalier. Lorsque le coût du transport est à la charge du patient, le patient dispose du libre choix de l'entreprise ; la liste complète des entreprises de transport sanitaire agréées du département est tenue à la disposition des patients (4).

En cas de dépôt à la régie de recettes, le patient ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter au cours des heures d'ouverture pour effectuer le retrait de l'argent et/ou des objets de valeur en dépôt soit sur place à la régie soit à la Trésorerie du CHAB.

Le formulaire annexé au livret d'accueil et destiné à recueillir les appréciations et observations du patient peut être déposé dans les urnes prévues à cet effet. Ces formulaires sont exploités et peuvent être consultés par les autorités de tutelle (5).

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-58 du CSP
(2) Articles R 1112-59 à 61 du CSP
(3) Article L 1112-1 du CSP
(4) Article R 1112-66 du CSP
(5) Article R 1112-67 du CSP

5.1.3. Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation (1)

En principe, une personne exerçant l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit informer la Direction si le mineur devra être confié à une tierce personne expressément autorisée de sa part ; dans ce cas, des pièces justificatives sont exigées à la sortie.

Les mêmes règles s'appliquent lors des permissions de sortie en cours d'hospitalisation ainsi que lorsque l'état d'un mineur examiné au niveau d'un service d'accueil des urgences ne justifie pas son hospitalisation. Toutefois ces règles ne s'appliquent pas lorsque le mineur s'est opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale et est accompagné lors de sa sortie par une personne majeure de son choix (2)

5.1.4. Sortie des nouveau-nés (3)

Le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère (*il est demandé une pièce d'identité*), sauf en cas de nécessité médicale (notamment pour les enfants prématurés), en cas de force majeure ou en cas de décision de justice.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-64 du CSP ; cf 4.1.8 du RI
(2) Article L 1111-5 du CSP
(3) Article R 1112-65 du CSP

5.2. CAS PARTICULIERS DE SORTIE

5.2.1. Sortie contre avis médical (1)

Sauf cas particuliers, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Toutefois, si de l'avis du médecin chef de service elle est prématurée et présente un danger pour la santé, cette sortie sur décision du patient est assimilée à un refus de soins. Il est alors demandé au patient de signer une décharge consignant 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. Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, et que la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service, en plus de la procédure de décharge, informe le Directeur de Garde et saisit le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaire (2). Si elle est demandée par un mineur opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale, elle ne peut intervenir qu'avec l'accompagnement d'une personne majeure (3), et le médecin responsable saisit aussi le Procureur à la même fin. 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.

5.2.2. Sortie sans avis médical (à l'insu du service)

Si un patient 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 patient sont également informés sans délai. Dans ces cas, un courrier est adressé au patient si possible à son domicile dans les délais les plus courts, pour l'informer des risques encourus pour sa santé et l'inciter à réintégrer le service ou à se faire soigner. Le médecin traitant est aussi informé de la sortie prématurée du patient. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

5.2.3. Sortie disciplinaire (4)

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

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-62 du CSP ; Article 223-6 du Code pénal
(2) Article R 1112-35 du CSP
(3) Article L 1111-5 du CSP
(4) Article R 1112-49 du CSP

6. NAISSANCES ET DECES

6.1. DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES

6.1.1. Déclaration de naissance - cas général (1)

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée auprès du Service de l'Etat civil dans les 5 jours suivant l'accouchement. Le co-parent est invité à effectuer cette déclaration. Si la déclaration de naissance ne peut pas être effectuée par l'un des deux parents dans le délai légal, un membre du personnel hospitalier se rend à la mairie afin d'effectuer la déclaration de naissance.

6.1.2. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale (2)

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant sa déclaration de naissance à l'Etat Civil, le médecin responsable établit un certificat médical attestant ces faits, en précisant les dates et heures de la naissance et du décès. La déclaration est réalisée auprès de l'officier d'état civil qui établit, 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.

A défaut du certificat médical prévu à l'alinéa précédent, une déclaration d'«enfant sans vie» est établie, avec inscription sur le registre des décès du site hospitalier (3), et un acte correspondant est dressé par l'Officier d'Etat Civil. Cet acte est inscrit à sa date sur les registres de décès et il énonce le jour, l'heure et le lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant. L'acte dressé ne préjuge pas de savoir si l'enfant a vécu ou non ; tout intéressé pourra saisir le tribunal de grande instance à l'effet de statuer sur la question.

Texte(s) de Référence
(1) Articles 55 et 56 du Code civil
(2) Article 79-1 du Code civil ; Loi 93-22 du 08/01/1993 ; circulaire DGS n° 50 du 22/07/1993 ; circulaire DHOS/E4/DGS/DACS/DGCL n° 2001-576 du 30/11/2001.
(3) Article R 1112-72 du CSP

6.2. DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES

6.2.1. Attitude à l'approche du décès (1)

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et qu'il est en fin de vie, la famille ou les proches du patient sont prévenus sans délai, et par tous moyens appropriés, de l'aggravation de son état.

Le patient est alors transporté dans une chambre individuelle du service avec toute la discréction souhaitable.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir (2).

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants ; la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation ; en revanche, les repas fournis sont à la charge des bénéficiaires.

6.2.2. Information sur le décès (3)

La famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, médicalement constaté, dès que possible et par tous moyens, cette information est communiquée à la famille ou aux proches du patient 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 ») (4). 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. Par ailleurs, l'autorité judiciaire est avisée immédiatement par le Directeur Général ou son représentant prévenu par le médecin chef du service en cas de signes ou d'indices de mort violente d'un patient hospitalisé (5).

Le service d'Etat Civil de la mairie du lieu de décès est informé dans le délai légal et suivant les modalités définies, après mention du décès sur le registre des décès du site (6).

6.2.3. Formalités entourant le 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 (7) est transmis au bureau des entrées. Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au bureau des entrées. Copie en est transmise dans les 24 heures au bureau d'Etat civil de la mairie.

Lors du décès médicalement constaté, il est procédé à la toilette et à l'habillage du défunt, conformément au protocole institutionnel. Deux membres de l'équipe soignante sont chargés de dresser l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs... qu'il avait en sa possession. Cet inventaire est dressé en présence d'au moins un témoin et si possible deux. Il est inscrit sur un registre ou carnet spécial, paginé, tenu dans chaque service. L'inventaire, mentionné à l'alinéa précédent, est signé par le cadre soignant ou l'infirmier(e) et le témoin, puis remis dans les 24 heures avec les objets qui y figurent, soigneusement enveloppés, dans des sacs prévus à cet effet, au régisseur des dépôts. Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit du patient ou aux proches du patient. Le régisseur de dépôt ne peut prendre en compte que les objets de valeur : bijoux, argent, carte bleue, chéquiers. Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement qui les restitue aux ayants droit. En cas de non observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital. La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et de tout objet laissés par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le code civil, l'article L 1113 – 6 du Code de la Santé Publique. Le corps est ensuite déposé à la chambre mortuaire et il ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements.

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Les familles peuvent demander la présentation du corps à la chambre mortuaire de l'établissement, pendant les heures d'ouverture.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-68 du CSP
(2) Article R 1112-63 du CSP
(3) Article R 1112-69 du CSP
(4) cf 2.3.4 du RI
(5) Article R 1112-73 du CSP
(6) Article R 1112-71 du CSP
(7) Article R 1112-70 du CSP

6.2.4. Gestion des objets du défunt (1)

Si un dépôt chez le régisseur avait été effectué avant le décès, c'est le seul Trésor Public qui peut restituer ce dépôt aux héritiers sur justification de leurs droits.

Les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé peuvent être incinérés, avec établissement d'un procès-verbal lorsque la sécurité sanitaire impose cette mesure (2).

6.2.5. Don du corps à la science (3)

Une personne peut avoir fait don de son corps au bénéfice d'un établissement d'enseignement et de recherche (Faculté de Médecine). Ce don ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main. Le don est révocable par écrit à tout moment.

La carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier d'état civil après constatation du décès.

Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L. 1113-6 et 7 ; R. 1113-6 et 7 du CSP
(2) Article R. 1112-74 du CSP
(3) Article R 2213-13 du CGCT

6.2.6. Liberté des funérailles. Dispositions testamentaires

Le droit d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu qui peut l'exercer soit en consignant ses volontés dans un testament ou en souscrivant un contrat d'obsèques.

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir sur le site hospitalier (1) pour y recueillir à leur chevet leurs dernières volontés (au besoin, le personnel du service peut servir de témoin).

Les patients peuvent aussi faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CHAB, en assortissant ces libéralités, le cas échéant, de conditions qui seront strictement respectées. Par contre, les administrateurs, médecins et agents ne peuvent bénéficier de telles libéralités en leur faveur par des personnes hospitalisées. Il en est de même pour les médecins, et pharmaciens, ayant traité une personne pendant la maladie cause de son décès (2).

6.2.7. Dépôt des corps à la chambre mortuaire (3)

Après réalisation de l'inventaire des biens du défunt, le corps est déposé, en principe avant tout transfert, à la chambre mortuaire du site.

En tous cas, la présentation du corps doit se dérouler dans un lieu spécialement préparé et conforme aux exigences de discréption et de recueillement. Les agents concernés du site prennent en compte, si possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits exprimés au sujet des pratiques religieuses lors de la présentation du corps ou de la mise en bière. La présentation des corps au niveau de la chambre mortuaire s'effectue durant ses heures d'ouverture affichées sur sa porte d'entrée, figurant dans le guide des formalités remis par les agents de la chambre mortuaire et pouvant être précisées au niveau du service de décès.

Le séjour dans la chambre mortuaire du corps d'une personne décédée à l'hôpital ne donne pas lieu à facturation dans la limite de 3 jours (non compris les dimanches et jours fériés).

Texte(s) de Référence
(1) cf 4.2.7 du RI
(2) Article 909 du Code Civil
(3) Articles L 2223-39, R.2223-89, R.2223-94, R 2223-97 du CGCT

6.2.8. Organisation des opérations funéraires – Libre choix des opérateurs

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.

La liste des opérateurs funéraires (régies, entreprises, associations) habilités, par agrément préfectoral, à fournir ces prestations (1) avec un guide des formalités à accomplir, sont remis à la famille. Cette liste comprenant aussi les chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire.

Sont strictement interdites (2) toutes pratiques d'offre de services ou de démarchage qui seraient effectuées au sein du CHAB en prévision d'obsèques pour obtenir ou faire obtenir la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès.

Il est également strictement interdit aux agents du CHAB qui - à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions - ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres - promesses - dons - présents ou avantages - de n'importe quelle nature pour faire connaître le décès aux opérateurs funéraires ou pour recommander aux familles les services d'un de ces opérateurs.

L'inhumation doit avoir lieu 6 jours au plus, après le décès (dimanche et jour férié non compris), sauf dérogation préfectorale limitée à des circonstances particulières (3). Lorsque dans un délai de 10 jours au maximum un corps n'a pas été réclamé, c'est l'établissement qui fait procéder à l'inhumation en appliquant, s'il y a lieu, les dispositions concernant les indigents. (4)

6.2.9. Mise en bière et transport après mise en bière (5)

En principe, le corps du patient décédé est mis en bière au niveau de la chambre mortuaire du site avant son transport pour inhumation ou incinération (en cas de prothèse renfermant des radioéléments, un médecin procède au préalable à sa récupération), sur production du certificat médical adéquat parallèlement aux formalités de déclaration de décès (6) et d'obtention du permis d'inhumer.

Quelle que ce soit la destination, les transports de corps en cercueil doivent faire l'objet d'une déclaration préalable auprès de la commune du lieu de fermeture du cercueil de la part de l'entreprise de pompes funèbres en charge du transport de corps (ou par le préfet du département quand le corps doit être transporté en dehors du territoire métropolitain). La commune a la faculté a posteriori d'agir à l'égard de la validité du transport en cas de besoin. Si la mairie est fermée, la régularisation se fera aux heures d'ouverture suivantes.

Ces dispositions (comme les dispositions suivantes relatives aux transports sans mise en bière préalable) s'appliquent aux enfants nés vivants et viables mais décédés avant la déclaration de naissance, c'est-à-dire aux enfants ayant fait l'objet simultanément d'un acte de naissance et d'un acte de décès. Lorsque la famille décide d'organiser des funérailles, le recours à un opérateur funéraire est possible pour les enfants qui font l'objet d'une déclaration d'« enfant sans vie » aux services de l'Etat civil ainsi qu'exceptionnellement (si la commune accepte l'inhumation) pour les enfants mort-nés ne pouvant donner lieu à une déclaration aux services de l'Etat civil. La famille est informée par l'hôpital des différentes possibilités de prise en charge du corps, avec remise de la liste des opérateurs funéraires (7).

Annexe(s) ou Texte(s) de Référence
(1) Article R 2223-32 du CGCT
(2) Article L 2223-33 du CGCT
(3) Article R 2223-33 du CGCT
(4) Article R 1112-75 du CSP
(5) Articles R 2213-15 à 2213-27 du CGCT
(6) Articles 78 et suivants du Code civil
(7) Circulaire DGCL / DACS / DHOS /DGS/2009/182 du 19 juin 2009

6.2.10. Transport de corps sans mise en bière

Tout transport sans mise en bière préalable n'est possible que dans le délai de 48 heures à compter du décès.

Sauf cas particulier, le départ du corps doit avoir lieu à partir de la chambre mortuaire du site au cours de ses plages horaires d'ouverture.

Un tel transport sans mise en bière peut s'effectuer à destination du domicile du défunt ou d'un membre de sa famille (1) mais également du site hospitalier vers une chambre funéraire (2) ; il peut aussi s'avérer nécessaire d'un site hospitalier à un autre site (3) ou vers un hôpital extérieur au CHAB dans le cadre de la recherche des causes du décès d'un patient ou encore dans des circonstances exceptionnelles (par exemple, absence de chambre mortuaire sur le site ou absence de place disponible dans la chambre mortuaire du site de décès).

Dans ces diverses hypothèses, le transport de corps sans mise en bière d'un patient décédé dans un site du CHAB doit être autorisé par le Directeur, lorsque le lieu d'accueil est situé sur le territoire de la commune du lieu de décès. Cette autorisation est subordonnée aux conditions médicales et médico-légales fixées par la réglementation.

La déclaration au préalable du Maire devient nécessaire en cas de transport sans mise en bière hors de la Commune du lieu de décès par l'entreprise de pompes funèbres.

Cette déclaration préalable du Maire est aussi nécessaire lors d'un deuxième transport du corps sans mise en bière au sein de la commune par l'entreprise des pompes funèbres.

Texte(s) de Référence
(1) Articles R 2213-7 à R 2213-12 du CGCT
(2) Articles R 2213-7 à R 2213-12 ; R 2223-76 du CGCT
(3) Article R 2223-95 du CGCT

7. DISPOSITIONS FINANCIERES

7.1. TARIFS DES CONSULTATIONS EXTERNES

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital sont affichés ; ils correspondent aux tarifs appliqués par les praticiens et auxiliaires médicaux libéraux conventionnés avec l'assurance maladie. Tout patient ne bénéficiant pas d'une couverture sociale ou ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à un quelconque organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité des soins externes sur le site. Lorsqu'il bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, le patient paie seulement le ticket modérateur sauf situation d'exonération spécifique ou de prise en charge par un autre organisme tiers. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou le service social hospitalier peut intervenir pour l'accès aux consultations des personnes dépourvues de ressources suffisantes.

7.2. FRAIS DE SEJOUR HOSPITALIER

7.2.1. Régimes d'hospitalisation

Les établissements peuvent comporter soit un régime unique d'hospitalisation qui constitue le régime commun, soit deux régimes d'hospitalisation : le régime commun et le régime particulier lequel comprend des chambres à un ou deux lits.

Lorsque l'état d'un patient requiert son isolement en chambre à un ou deux lits, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

Lorsqu'un patient opte pour le régime particulier, l'option est formulée par écrit, dès l'entrée du patient, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant, après que l'intéressé ait pris connaissance des conditions particulières qu'implique le choix de cette catégorie ; l'engagement de payer les suppléments aux tarifs en vigueur, qui doivent être précisément indiqués, doit être signé en même temps, sous réserve, en ce qui concerne les assurés sociaux, des conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes prenant en charge les frais de soins.

Hospitalisations et consultations externes en activité libérale

Les patients peuvent être admis, sur leur demande et avec l'accord du médecin intéressé, au titre de l'activité libérale des praticiens temps plein.

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

Outre les consultations publiques, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers.

Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions particulières que pour les hospitalisations dudit secteur.

L'encaissement des honoraires d'activité libérale est effectué selon les modalités déterminées par la loi.

7.2.2. Tarifs des prestations

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, fixé par l'Agence Régionale de Santé, commun à l'ensemble des sites du CHAB, facturable et facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou à un tiers payeur. (1)

7.2.3. Forfait journalier (2)

Le forfait journalier, fixé par arrêté interministériel, représente une participation du patient à ses frais de séjour qui est dû en plus des tarifs de prestations pour chaque journée d'hospitalisation à temps complet. Le forfait journalier doit être réglé au bureau des entrées du site le jour de la sortie (sauf prise en charge par un tiers payant).

7.2.4. Paiement des frais de séjour et provisions (3)

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, un engagement de payer doit être souscrit, avec versement immédiat et renouvelable - sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée - d'une provision calculée sur la base de la durée estimée du séjour (fourniture d'un devis fondé sur l'évaluation en prix de journée du séjour pouvant donné lieu à des ajustements en fonction de la durée du dit séjour). Toujours, sauf dans les mêmes cas d'urgence, les patients étrangers non résidents sont tenus au dépôt préalable et intégral de cette provision à défaut d'un document attestant d'une prise en charge par leur pays d'origine qui soit accepté par le CHAB. Le non-paiement des frais de séjour oblige la Trésorerie du CHAB à exercer des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

7.2.5. Dispositions particulières à certains patients

Le bureau des entrées du CHAB peut fournir des précisions sur les règles spécifiques applicables à diverses catégories de patients (4) en matière de prise en charge des frais de séjour.

7.2.6. Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale

Ces honoraires, à régler indépendamment des frais de séjour hospitalier, sont fixés par entente directe entre le patient et le médecin. Le patient reçoit une information à ce sujet, préalablement à son choix de prise en charge médicale. (5)

7.2.7. Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les patients hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement. La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant ou bien un patient en fin de vie.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 174-3 du Code de la Sécurité Sociale
(2) Article L 1744 du Code de la Sécurité Sociale
(3) Article R 6145-5 du CSP
(4) cf 2.8 du RI
(5) cf 2.4.2 du RI

8. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

Le statut du personnel est régi par le Titre I et le Titre IV du Statut Général des Fonctionnaires. Un guide statutaire du personnel non médical précise l'ensemble des règles applicables à la gestion et à l'organisation du personnel de l'établissement. Le statut du personnel médical est quant à lui régi par les textes en vigueur.

8.1. REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DU PATIENT

8.1.1. Devoir d'information du public (1)

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles énoncées dans les deux rubriques suivantes. Ils participent ainsi à la **transparence** des décisions et des dossiers.

8.1.2. Secret professionnel (2)

Institué dans l'intérêt des patients, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous, 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 patient à l'ensemble de l'équipe. Le partage entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne, requiert son consentement préalable. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales. Certes, le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements (3).

Le médecin ou tout autre professionnel de santé peut s'affranchir de son obligation de secret dans les quatre cas suivants :

- Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives des privations ou des sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.
- Pour porter à la connaissance du Procureur de la République et en accord avec la victime, les sévices ou les privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire.
- Pour porter à la connaissance du Procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au Procureur de la République.
- Pour porter à la connaissance du préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir un.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n° 83-634 du 13.07.1983 (article 27)
(2) Article L 1110-4 du CSP ; Articles L 226-13 et 14 du Code Pénal ; Articles L 434-1 et 434-11 du Code Pénal ; Article 40 du Code de Procédure Pénale ; Article 44 du Code de Déontologie Médicale ; Articles R4312-5 et 4312-63 du CSP
(3) A titre d'exemples : Article 56 (naissance) et article 80 (décès) du Code Civil; Article L 3113-1 du CSP (certaines maladies contagieuses) ; Article L 3812-2 du CSP (maladies sexuellement transmissibles) ; Articles L 441-6 (accident du travail), L 461-5 et L 461-6 (maladie professionnelle) du Code de la Sécurité sociale; Articles L 3212-1 et L 3213-1 du CSP (maladie mentale nécessitant une hospitalisation) ; Article L.2132-2 du CSP (surveillance sanitaire des enfants en bas âge) ; Articles R 4312-18 et R 4312-26

8.1.3. Obligation de discréction professionnelle (1)

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discréction 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'ils ont vu, entendu ou compris. Cette obligation s'applique également aux propos qui peuvent être tenus sur les réseaux sociaux.

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 discréction professionnelle que par décision expresse de la Direction Générale. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

8.1.4. Principes de laïcité et de neutralité (2)

Dans l'exécution de leur service, les agents sont tenus au devoir de stricte neutralité.

L'obligation de neutralité impose que le comportement, les actes et les décisions des agents soient dictés uniquement par l'intérêt du service public et non par des convictions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses.

Les principes de laïcité et de neutralité des services publics font obstacle à ce que les agents portent dans l'exercice de leur fonction des signes ou tenues par lesquels ils manifestent ostensiblement une appartenance religieuse.

Ces dispositions s'appliquent également aux étudiants lorsqu'ils sont en stage dans les services du CHAB.

Tout manquement devra être signalé à la Direction des Ressources Humaines et ou à la Direction Générale.

8.1.5. Devoir de probité et d'exemplarité

Les agents publics sont soumis à un devoir de probité pendant et en dehors de leurs heures de travail ; ils doivent adopter une tenue, un langage et un comportement irréprochables tant à l'égard des usagers que des professionnels.

Toute familiarité à l'égard des patients et formellement prescrite.

Tout acte de violence, d'agression ainsi que toute discrimination sont strictement interdits et passibles de sanction disciplinaire, pénale ou ordinaire.

8.1.6. Devoir de réserve

Tout agent est libre de ses opinions et de ses croyances.

Cependant, il doit faire preuve de réserve et de mesure dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles.

Dès lors, aucune propagande ou pression ne doit être exercée sur les collègues, les usagers, les patients ou leur famille, dont il convient de respecter la liberté de conscience et d'opinion.

L'obligation de réserve s'applique pendant et hors du temps de service, quel que soit le support utilisé (notamment les réseaux sociaux).

Cette obligation impose aussi aux agents d'éviter en toutes circonstances les comportements susceptibles de porter atteinte à la considération du service public.

La diffusion de document ou logo du CHAB sur les réseaux sociaux et dans la presse sans l'accord préalable de leur auteur est notamment interdit.

Tout manquement à ces obligations peut donner lieu à des poursuites disciplinaires, ordinaires voire pénales.

8.1.7. Respect du confort des patients

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients dont ils ont la charge. D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité, de calme et de sécurité indispensable au sein de locaux hospitaliers.

Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels. (3)

Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit (tout particulièrement la nuit) dans les services de soins.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1110-4 du CSP ; Loi n° 83-634 du 13/07/1983 (article 26) ; Article R. 4312-9 du CSP
(2) Loi n°83-634 du 13/07/1983 (article 25) ; CE, 3 mai 2000, « Mlle Marteaux »
(3) Charte de la personne hospitalisée ; article R4312-19

8.1.8. Exigence d'une tenue correcte

La tenue est un élément du respect dû aux patients. Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble des personnes travaillant à l'hôpital. La familiarité à l'égard des patients est formellement proscrite. (1)

8.1.9. Identification vis-à-vis des interlocuteurs

Pendant l'exécution de leur service, les agents du CHAB sont tenus de porter, en évidence, leur vêtements professionnels.

Cette identification du personnel est tant utile pour le patient et ses proches que pour les autres professionnels de l'établissement, eu égard au nombre de personnes employées par

le CHAB, et de la qualité des relations entre les usagers et l'établissement.

Toutefois, il sera porté exception pour toute personne pouvant voir sa sécurité menacée en raison de ses fonctions.

De plus, afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles et sauf exceptions décidées par le Directeur Général, les agents en contact avec les hospitalisés ou le public portent des tenues fournies par l'établissement qui sont adaptées à leurs emplois et secteurs d'activités et qui mettent en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur qualité. Ces dispositions s'appliquent également aux personnels des associations visées dans le présent règlement (2).

8.1.10. Accueil et respect du libre choix des familles

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Sous peine de sanctions, le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire ou à un opérateur funéraire ; les listes des entreprises agréées par la Préfecture sont mises à leur disposition. De même les personnels de l'hôpital s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé (appareillages inclus).

Texte(s) de Référence
Article R. 4312-11 du CSP
(2) cf. 4.2.4 du RI

8.2. AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL

8.2.1. Obligation de désintéressement – Obligation de déclaration d'intérêts

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le CHAB qui soient de nature à compromettre leur indépendance (1). S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'Administration pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise.

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

8.2.2. Interdiction d'exercer une activité privée lucrative (1)

Les personnels de l'hôpital (titulaires ou stagiaires) sont tenus de se consacrer à leur fonction. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit, même à temps partiel. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les activités accessoires (notamment missions d'enseignement, d'expertise, production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques...) et cumuls d'emplois ou de rémunération, ainsi que sur l'activité libérale des praticiens plein temps. En fonction des activités, les personnels doivent soit demander une autorisation d'exercice, soit en informer préalablement l'employeur.

8.2.3. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces (2)

Il est interdit aux personnels de l'hôpital 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.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Les agents ne peuvent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service (3).

8.2.4. Interdiction de consommer et d'introduire de l'alcool sur le lieu de travail (4)

Il est interdit aux personnels de l'hôpital d'introduire et de consommer de l'alcool sur le lieu de travail sauf sur demande motivée et autorisation de la Direction.

Les agents ne doivent pas se présenter sur leur lieu de travail dans un état d'ébriété ou de conscience altérée du fait de la consommation d'alcool ou de produits psychotropes prohibés. Ces faits sont passibles de sanctions disciplinaires. L'employeur est en droit de réaliser des éthylotests pour des agents présentant des signes manifestes d'ébriété, dans le but de faire cesser immédiatement la situation et préserver ainsi la sécurité des personnels et des patients

Texte(s) de Référence
(1) Loi n° 83-634 du 13/07/1983 (article 25) ; Décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 ; Article R. 4312-6 et R. 4312-31 du CSP
(2) Art. L. 1453-3 à 6 du CSP
(3) cf. 4.3.5 du RI ; Article R. 4312-29 du CSP
(4) Art. R. 4228-20 / R. 4228-21 code du travail

8.2.5. Exécution des instructions reçues (1)

Tout agent de l'hôpital, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés. En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Certes, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le Directeur Général a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum, selon les règles en vigueur établies après concertation avec les organisations syndicales.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n° 83-634 du 13/07/1983 (article 28) ; Loi n° 86-33 du 09/01/1986 (article 99)
(2) Ordonnance n° 82-272 du 26/03/1982 (personnels non médicaux) ; Décret 2002-9 du 04/01/2002
(3) Articles L 5126-5, R 5121-150 à 153, R 5121-161, R 5121-196 du CSP (pharmacovigilance) ; L 1221-13, R 1221-40 du CSP (hémovigilance) ; L 5212-2, R 5212-12, R 5212-14 à 22 du CSP (matériovigilance)

8.2.6. 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 (2) et fixés par tableaux de services.

8.2.7. 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.

8.2.8. Obligation de signalement des incidents ou risques (3)

Tout agent doit déclarer immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou à un produit mentionné à l'article R. 5121-150 du code de la santé publique, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

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.

8.2.9. Témoignage en justice ou auprès de la police

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

8.2.10. Bon usage des biens de l'hôpital

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

8.2.11. Bonne utilisation du système d'information

Chaque agent, dans ses propres situations de travail, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. Il doit appliquer les dispositions légales en la matière (1) en respectant les chartes et règlements que l'institution se donne. Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable.

8.2.12. Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés dans l'hôpital

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui serait confiés exceptionnellement par des patients. Ces biens sont déposés sans délai auprès du régisseur du site ou, en dehors des heures d'ouvertures de la régie, dans un coffre destiné à cet usage (2). Tout bien découvert ou trouvé au sein de l'hôpital est directement remis au cadre désigné par le Directeur, pour en organiser la conservation et en assurer la restitution.

8.2.13. Interdiction de diffuser des propos injurieux ou diffamatoires sur les réseaux sociaux dans la presse ou sur tout autre mode de communication (3)

La liberté d'expression sur les réseaux sociaux, dans la presse ou sur tout autre mode de communication, n'est pas sans limite. Les personnels du CHAB ne sauraient faire valoir le respect de leur sphère privée pour s'affranchir de leurs obligations déontologiques.

Il est strictement interdit à toute personne de diffuser des propos injurieux ou diffamatoires sur les réseaux sociaux, dans la presse ou sur tout autre mode de communication.

Ils doivent notamment éviter toute manifestation d'opinion ou de comportement de nature à porter atteinte à l'image et à la considération du service public ; à porter atteinte à l'intégrité, la dignité et l'honneur professionnel des autres personnels ; à porter atteinte à la vie privée des patients ; et ce quel que soit le média utilisé, le caractère oral ou écrit des propos, le caractère public ou privé des propos diffusés sur les réseaux sociaux.

La publication directe ou par voie de reproduction d'allégation ou de son imputation est punissable, même si elle est faite sous forme dubitative ou si elle vise une personne ou un corps non expressément nommés, mais dont l'identification est rendue possible par les termes des discours, cris, menaces, écrits ou imprimés, placards ou affiches incriminés.

En cas de publication de propos diffamatoires et/ou d'injures contre l'établissement ou envers un personnel sur un réseau social, dans la presse ou sur tout autre mode de communication, l'intéressé pourra être condamné jusqu'à 45 000 euros d'amende et un an d'emprisonnement et pourra également faire l'objet d'une sanction disciplinaire.

8.2.14. Interdiction de capter et publier des photographies et des vidéos sur les réseaux sociaux, dans la presse ou sur tout autre mode de communication (4)

Il est interdit au personnel ainsi qu'aux patients ou visiteurs, de capter et/ou publier des photographies ou vidéos des personnels, des patients et des locaux du CHAB sans autorisation préalable des intéressés et de la Direction, dès lors qu'une telle diffusion aurait vocation à porter atteinte :

- A la vie privée des patients ;
- A l'intégrité, la dignité et l'honneur professionnel des personnels ;
- A l'image et à la considération du CHAB ;

La captation et la mise en ligne de photographie ou de vidéo, sans autorisation expresse, pourra engager la responsabilité civile, pénale et/ou disciplinaire de son auteur.

8.2.15. 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 (5). 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, suivi de santé 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 santé sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent et d'en informer la Direction (6).

En service de soins, le port de bijoux est interdit et les agents doivent veiller à leur hygiène capillaire (ex : cheveux attachés...).

Le port des tenues professionnelles est interdit au self.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n°78-17 du 06.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée notamment par la Loi n°2004-81 du 06.08.2004
(2) cf 4.1.2 du RI
(3) Articles 29 et 32 de la Loi du 29 juillet 1881 sur la Liberté de Presse ; Article R. 4312-25 et R. 4312-28 du CSP ; Article 9 du Code Civil
(4) Article 226-1 du Code Pénal ; Article 9 du Code Civil
(5) cf 1.3.3.4 du RI
(6) Articles L 4131-1 et suivants ; L 4132-1 et suivants du Code du Travail

8.3. DROITS DU PERSONNEL (1)

Les agents bénéficient, pour l'essentiel, des mêmes libertés publiques que les autres citoyens.

Le comportement et les propos de chacun au sein de l'établissement doivent être adaptés aux principes élémentaires de civilité qui régissent les relations sociales.

8.3.1. Liberté d'opinion - non discrimination

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle ou identité de genre, de leur âge, de leur patronyme, de leur situation de famille ou de grossesse, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.

Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions. (2)

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe. (3)

La carrière d'un fonctionnaire candidat ou élu ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de leur campagne électorale ou de leur mandat.

De même, la carrière des fonctionnaires siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

8.3.2. Protection contre le harcèlement

La carrière de l'agent 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 agents qui auront relaté ou témoigné sont également protégés.

Aucun agent 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. (4)

Un dispositif de signalement des situations individuelles ou collectives est mis en place au sein du CHAB.

8.3.3. 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. (5)

8.3.4. Liberté syndicale - droit de grève

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

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

8.3.5. Protection organisée des agents

Les agents bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'établissement dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales.

Lorsqu'un agent a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à cet agent, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

L'établissement est tenu de protéger les agents contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté. (" La collectivité publique est tenue d'accorder sa protection à l'agent ou à l'ancien agent dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle. ")

8.3.6. Droit d'accès à son dossier administratif

Tout agent a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Les demandes doivent être adressées à la Direction des Ressources Humaines ou à la Direction des Affaires Médicales.

8.3.7. Dispositions relatives à l'organisation du temps de travail

Au sein du CHAB, les diverses dispositions prises relativement au temps de travail et aux droits afférents sont rassemblées dans un guide statutaire du personnel non médical du temps de travail disponible sur le logiciel Blumedi et auprès de la Direction des Ressources Humaines.

8.3.8. Hygiène et sécurité des conditions de travail

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

8.3.9. Droit à la formation

Le droit à la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV) est reconnu aux agents, selon les conditions et modalités définies par Décret.

Ceux-ci peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers.

Sans préjudice des actions de formation professionnelle prévues par les statuts particuliers, tout agent bénéficie chaque année, en fonction de son temps de travail, d'un droit individuel à la formation. Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent en accord avec son administration. Celle-ci prend en charge les frais de formation.

Les fonctionnaires peuvent également bénéficier de périodes de professionnalisation comportant des actions de formation en alternance et leur permettant soit d'exercer de nouvelles fonctions au sein d'un même corps ou cadre d'emplois, soit d'accéder à un autre corps ou cadre d'emplois (7).

Texte(s) de Référence
(1) Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
(2) Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 Ordonnance n°2005-901 du 2 août 2005
(3) Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 Loi n°2005-843 du 26 juillet 2005
(4) Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 Loi n°2005-843 du 26 juillet 2005
(5) Loi n°2007-224 du 21 février 2007
(6) Loi n°2007-148 du 2 février 2007

9. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL (1)

9.1 Dispositions communes à l'ensemble des données à caractère personnel

L'établissement s'engage à garantir la confidentialité et la sécurité des données qu'il recueille et traite au titre de son activité.

9.2 Données à caractère personnel concernant les patients

9.2.1 Données patients en cours de prise en charge

Des informations nominatives, administratives et médicales concernant les patients sont recueillies au cours de leur prise en charge au CHAB. Ces données sont traitées à des fins médicales, administratives ou de recherche. Elles font l'objet de traitements automatisées (dossier numérique) et/ou non automatisées (dossier papier). Certaines informations doivent être transmises aux organismes de l'Etat ou à l'Assurance Maladie à des fins d'élaboration et de révision de la carte sanitaire et du schéma régional de santé, d'évaluation de la qualité des soins, du contrôle de l'activité du CHAB et de facturation.

9.2.2 Dispositions communes relatives aux données de santé

Chaque membre du personnel du CHAB est soumis à une obligation de confidentialité pour l'ensemble des données personnelles auxquelles il a accès dans le cadre de ses fonctions.

Tout usage ou utilisation illicite des données constituerait une violation de la réglementation en matière de protection des données personnelles, et notamment du RGPD, et serait passible de sanctions pour le CHAB et pour le personnel ou collaborateur.

Par conséquent, tout personnel de l'établissement s'engage à prendre toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de ses attributions afin de protéger la confidentialité des informations auxquelles il a accès, et en particulier d'empêcher qu'elles ne soient communiquées à des personnes non expressément autorisées à recevoir ces informations (2).

Des contrôles ponctuels peuvent être réalisés afin de s'assurer que le personnel médical ou non médical :

- N'utilise pas les données auxquelles il peut accéder à des fins autres que celles prévues par ses attributions ;
- ne divulgue ces données qu'aux personnes dûment autorisées, en raison de leurs fonctions, à en recevoir communication, qu'il s'agisse de personnes privées, publiques, physiques ou morales ;
- ne fait aucune copie de ces données sauf à ce que cela soit nécessaire à l'exécution de ses fonctions ;
- prend toutes les mesures conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de ses attributions afin d'éviter l'utilisation détournée ou frauduleuse de ces données ;
- prend toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art pour préserver la sécurité physique et logique de ces données ;
- s'assure, dans la limite de ses attributions, que seuls des moyens de communication sécurisés seront utilisés pour transférer ces données ;
- en cas de cessation de ses fonctions, restituer intégralement les données, fichiers informatiques et tout support d'information relatif à ces données.

Cet engagement de confidentialité, en vigueur pendant toute la durée de ses fonctions, demeurera effectif, sans limitation de durée après la cessation de ses fonctions, quelle qu'en soit la cause, dès lors que cet engagement concerne l'utilisation et la communication de données à caractère personnel.

Le non-respect de ces clauses engage à des sanctions disciplinaires et pénales (3).

9.3 Données à caractère personnel concernant les professionnels

Afin de permettre le suivi de carrière, des informations nominatives et administratives concernant les agents sont recueillies par le CHAB, sous la responsabilité de son Directeur. Ces données font l'objet de traitements automatisés (dossier numérique) et / ou non automatisés (dossier papier). Elles sont réservées aux services administratifs chargés de la gestion du dossier.

Le CHAB peut partager des informations relatives au dossier des agents avec un ou plusieurs autres professionnels identifiés (France Travail, DGFIP... par exemple), si ces informations sont nécessaires à la coordination et au suivi du parcours de l'agent (financement, statistiques, ...).

Les données personnelles concernant les agents sont conservées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées et dans la limite des délais de prescription applicables en matière sociale.

L'établissement s'engage à garantir la confidentialité et la sécurité de ces données, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (UE) 2016/679 du Parlement Européen (RGPD) et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Au regard de la réglementation en vigueur, les agents bénéficient de droits sur leurs données, à savoir :

- D'un droit d'opposition à tout moment en cas notamment de contestation de la légitimité des motifs poursuivis par le responsable du traitement (dans les conditions de l'art. 21 RGPD) ;
- D'un droit d'accès auprès du responsable du traitement aux fins de contrôle et de vérification (dans les conditions de l'art. 15 RGPD) ;
- D'un droit de rectification des données inexactes (dans les conditions de l'art. 16 RGPD) ;
- D'un droit à l'oubli (dans les conditions de l'art. 17 RGPD) ;
- D'un droit à la limitation du traitement (dans les conditions de l'art. 18 RGPD) ;
- D'un droit à la portabilité des données auprès d'un autre responsable du traitement (dans les conditions de l'art. 20 RGPD).
- D'un droit d'être informé dans les meilleurs délais en cas de violation de données susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits ou libertés (dans les conditions de l'art. 34 RGPD).

10. CHARTE D'UTILISATION DES MOYENS INFORMATIQUES

La Charte d'utilisation des moyens informatiques du Centre Hospitalier Aunay-Bayeux est un

élément constitutif de la Politique de Sécurité des Systèmes d'Information, document fondateur de la démarche de sécurisation des systèmes d'information du CHAB.

L'environnement numérique permettant de supporter les activités métiers est constitué d'un ensemble de composants techniques et logiciels. Ces composants sont soumis à des risques, identifiés au sein d'une Analyse des Risques et traités par la mise en œuvre d'un programme de sécurité.

Ces risques peuvent être les suivants :

- Risques touchant à la sécurité du réseau, des matériels et des applications,
- Risques liés au non-respect de la confidentialité, du secret médical et du secret professionnel,
- Risques d'atteinte à la propriété intellectuelle,
- Risques liés au non-respect de la loi Informatique et Libertés
- Risques liés aux processus d'habilitation, de création et d'usage des accès aux données.

Pour prévenir ces risques et assurer à l'information le degré de sécurité requis, il est indispensable de protéger les systèmes utilisés par le CHAB. Il convient également de prévenir le risque d'une utilisation malveillante de l'information.

La Charte d'utilisation des moyens informatiques a pour vocation de définir les règles à respecter par les utilisateurs lorsqu'ils utilisent les ressources informatiques mises à leur disposition pour exercer leur activité professionnelle.

Les conditions d'utilisation des moyens et ressources informatiques décrits dans la présente charte s'imposent de plein droit à toute personne utilisatrice des ressources informatiques du CHAB.

Ce texte complète le règlement intérieur de l'établissement. Il a pour objet de préciser la responsabilité des utilisateurs, conforme avec la législation, afin d'instaurer un bon usage des ressources informatiques.

Les conditions d'usage des technologies numériques imposées par la présente Charte s'appliquent à toute personne sous contrat avec le CHAB, dans le plein respect du règlement intérieur.

11. CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION DE LA MESSAGERIE SECURISEE DE SANTE

Le Centre Hospitalier Aunay-Bayeux a mis en œuvre et déployé le système de messagerie sécurisée de Santé (MSSanté) conçu par l'Agence Nationale des Systèmes d'Informations Partagés de Santé (ASIP Santé) et également le système de messagerie sécurisé APICRYPT sous le contrôle de l'Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication en Médecine (APICEM).

Ce service est proposé aux professionnels de santé exerçant dans l'établissement afin de favoriser les échanges par courrier électronique en les rendant plus sûrs, plus simples, tout en protégeant leur responsabilité, avec tout professionnel de santé adhérent MSSanté.

Ce système intègre l'accès à un annuaire commun et certifié de l'ensemble des professionnels de santé.

Les conditions générales d'utilisation définissent les règles à respecter par les utilisateurs lorsqu'ils utilisent cette messagerie mise à leur disposition pour exercer leur activité professionnelle. Elles sont décrites dans la présente charte et s'imposent de plein droit à toute personne du CHAB utilisatrice du système MSSanté.

Ce texte complète le règlement intérieur de l'établissement. Il a pour objet de préciser la responsabilité des utilisateurs.

Les conditions d'usage imposées par le présent document s'appliquent à toute personne sous contrat avec le CHAB, dans le plein respect du règlement intérieur.

12. PROCEDURE DE MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Conformément au Code de la Santé publique (4), le règlement intérieur de l'établissement est arrêté par le Directeur Général après concertation avec le Directoire, et après avis de la Commission Médicale d'Etablissement, du Comité Social d'Etablissement, de la F3SCT, et du Conseil de surveillance du CHAB. La Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est informée des modifications portées au règlement intérieur.

Les modifications à apporter au règlement intérieur du CHAB sont adoptées dans la même forme et selon la même procédure que celles décrites ci-dessus.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée ; Règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) n° (UE) 2016/679 du 27 avril 2016
(2) Articles 121 et 122 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ; articles 32 à 35 du règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016
(3) Articles 226-16 à 226-24 du code pénal.
(4) Articles L 6143-1, L 6143-7, R. 6144-1, R 6144-40 du CSP